

Eutanásia e compaixão

Rodrigo Siqueira-Batista

Professor Titular da Fundação Educacional Serra dos Órgãos - FESO, Médico do Hospital Universitário - UFRJ. E-mail: anaximandro@hotmail.com

Resumo

A experiência de estar morrendo, em decorrência de uma moléstia grave e incurável, pode albergar um profundo sofrimento, tanto pelas manifestações relativas à enfermidade - como a dor -, quanto pela iminência do fim - o se saber mortal. Nestes casos, quando a agonia e o desespero dão o tom, preenchendo completamente os momentos derradeiros do viver, a interrupção - definitiva - do martírio torna-se, muitas vezes, a melhor opção para aquele que se esvai, de tal sorte que uma *boa morte*, a *eutanásia*, pode se constituir em uma genuína libertação. Refletir, brevemente, sobre a moralidade da eutanásia - enfocando-se, de forma mais cuidadosa, a finitude, o sofrimento e a compaixão - é o escopo desta comunicação.

Introdução

Raio do céu,
Atinge esta cabeça,
Encerra uma vida inútil,
Uma vida terrível!
Vem ó morte,
Desata os laços!
Eurípedes, Medéia

A medicina é uma das mais arcaicas atividades humanas^{1, 2} - no duplo sentido do termo grego *arkhé*, *antiga e fundamental* -, confundindo-se os seus caminhos com a própria história do *Homo sapiens sapiens*³. Como *matizes* mais vívidos do amplo panorama do *saber-fazer* médico, podem ser elencados o contato permanente com as mais diferentes dores, angústias e sofrimentos que afligem as pessoas, bem como a perspectiva de amparo para aquele que padece, na tentativa de auxiliá-lo a (con)viver [melhor] com suas fragilidades e incertezas.

Sem embargo, não é possível delimitar um arcabouço linear para o *processo histórico* de desenvolvimento médico. De fato, para Daniel Callahan, poder-se-iam identificar três momentos bastante diferentes na "evolução" da medicina, a saber:^{4, 5}

(1) *fase dos cuidados* - ou *pré-científica* -, caracterizada pelo grande zelo para com os enfermos, a despeito da baixa resolutividade;

(2) *fase da cura*, a partir de meados do século XX, expressa na rápida incorporação técnico-científica e na alta resolutividade, havendo grande aumento da expectativa média de vida das populações e no controle e tratamento de várias moléstias, especialmente as infecciosas;

(3) *fase dos limites*, a partir dos anos 70-80, na qual pode ser inscrita a tomada de consciência da "finitude", no âmago da "cultura dos limites", abrangendo os problemas relativos ao estrondoso progresso biomédico (elevados custos, escassez de recursos, perenidade da crise sanitária a despeito dos avanços científicos) e à ambivalência médica em relação à morte.^{6, 7}

A tomada de consciência destes limites, no âmbito contemporâneo, representa uma profunda ferida narcísica no projeto humano de arremesso para além de sua própria *condição*⁸ inscrito em um ideário maior de *perfeição*, tal qual o esboçado em outro momento.⁹ Um dos pontos que sobressaem nesta aspiração de *sobre-humanidade* é a busca pela "infinitude" - ou pelo elixir da longa vida dos alquimistas-, o que é compreensível, na medida em que

o se saber mortal é uma das marcas da *hominalidade*¹⁰, a ruptura decisiva com a dimensão de animal - segundo Edgar Morin, caracterizando uma cisão ainda mais essencial que a linguagem¹¹. A morte é, assim, um inimigo horrível a ser superado:

“Em nossa paisagem mental ocidental ainda permanece a idéia de que a morte é esse perigo medonho e terrível que nos dissolve, advindo daí a procura persistente de uma salvação, de uma vitória sobre a morte e não de uma aquiescência do nada.”¹²

Mas, se a morte é incontornável - ao menos por enquanto ... - colocar-se diante dela como um guerreiro pronto para o combate é assumir, como Heitor defronte a Aquiles¹³, todo o ônus de uma derrota mais que previsível, ou seja, antecipada e inequívoca. Nesta perspectiva, o médico, à semelhança do deus Apolo - o qual tenta retardar o encontro derradeiro dos dois heróis da *Iliada*, envolvendo Heitor em uma nuvem¹³ -, luta para adiar o ocaso ao máximo - em nome de uma suposta preservação da (sobre)vida -, utilizando para isto toda tecnologia disponível - métodos diagnósticos, fármacos, procedimentos invasivos, entre outros -, sem jamais [ou quase nunca] se perguntar sobre o real significado de existir, para uma pessoa tantas vezes submetida aos mais extremos e insuportáveis sofrimentos, nos seus derradeiros suspiros. Em tais situações, quando a vida é uma condenação, morrer pode representar a liberdade - o mergulho no infinito íntimo de sua própria aniquilação -, tornando a eutanásia uma possibilidade de redenção para aquele que padece.

Refletir acerca destas questões, nos campos conceituais da filosofia e da bioética é, pois, o mote desta apresentação. Delimitar-se-á, inicialmente, a face nua do sofrimento - na vida e no fenecer -, enquanto experiência de ser, orientando-se, a seguir, o debate para o regato cáldo da eutanásia - literalmente *boa morte* -, tornada possível no horizonte bioético da proteção, através de uma legítima atitude de *compaixão* - esta, em última análise, âmbito da moralidade que se quer buscar.

Finitude e Sofrimento

Caminhar para o ocaso e se saber finito são elementos intrínsecos à experiência humana de existir¹⁴. O *se-saber mortal* não pode ser visto apenas como uma das questões genuínas da vida, mas, sim como o problema fundamental do homem¹⁰, sua dimensão definitiva, como muito bem delimitaram Albert Camus¹⁵ e Emil Cioran:¹⁶

"A morte coloca um problema que substitui todos os outros!"

Se estar vivo pressupõe a morte que virá, ao morrer é necessário o estar vivo, como vaticinado por Heráclito de Éfeso: (Fr. 88 de Heráclito, apud Kirk et al.¹⁷)

"E como uma mesma coisa, existem em nós a vida e a morte, a vigília e o sono, a juventude e a velhice: pois estas coisas, quando mudam, são aquelas, e aquelas, quando mudam, são estas."

A inseparabilidade de seu termo torna o humano um ser que sofre pela angústia do desconhecido¹⁸ - ou, mais propriamente, do incognoscível - uma vez que a morte é, por definição, impensável, representando a negativa radical do ser, o nada inapreensível e não-formulável que escapa a qualquer tipo de ponderação^{10, 19}. Ter certeza do termo e almejar por algo que permaneça, significando o escape à aniquilação, ao vôo profundo em um vazio não-racional - ou seja, um fim definitivo para a ordem, como no *ápeiron*, o ilimitado, de Anaximandro² - é também fonte de tormento e aflição, em decorrência da impossibilidade de se aplacar a *vontade de vida* intrínseca ao *ser*²⁰. Todo vivente consciente de si manifesta a angústia essencial diante da inexorabilidade do seu termo. O fato de a religião, a *filosofia* e a *ciência* proporcionarem algum conforto para este mal-estar ratifica a sua presença inextirpável. Deste modo, compreende-se que existir é sofrer. Tal é a constatação que ressoa na própria estruturação da vida humana, enquanto horizonte que perpassa as mais díspares culturas.²¹ Dos brutais ritos iniciáticos dos povos em que o mito se *mantém vivo*²² - os quais pretendem reproduzir a existência tal qual ela é -, até a concepção órfica de nascimento como castigo - queda em um corpo - por conta de uma culpa originária que necessita ser expiada²³, tornam-se perceptíveis os elementos trágicos do ser. Ainda nos primórdios da filosofia, Empédocles de Agrigento declara cabalmente: (Fr. 124 de Empédocles, apud Kirk et al.¹⁷)

"Ai, pobre e infeliz raça dos mortais, de que discórdias e lamentos vós nascestes!"

Os sofrimentos que impregnam a existência humana se engravam firmemente, na carne e no espírito, enquanto raízes com ramificações muito profundas.²⁴ Neste âmbito, a corrupção física determinada implacavelmente pelo tempo - a narrativa de Oscar Wilde, em *O Retrato de Dorian Gray*, é rica em demonstrar este processo²⁵ - se inscreve como um real deflagrador do padecimento - manifesto no esvair de forças, na fragilidade própria do que é a vida -, como bem definiu Freud²⁶, em *O mal-estar na civilização*, ao reconhecer as três possíveis fontes para o suplício do humano:

"O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do

mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos como os outros homens”.

A frugalidade da vida corpórea é denunciada em diferentes aspectos. Os dois primeiros elementos levantados por Freud expõem a miserabilidade da existência material - e mortal - sujeita ao fenecer, na medida em que a biografia pode ser interrompida de assalto - por um acontecimento trágico, como, por exemplo, um acidente ou um crime -, em decorrência da ação das *forças esmagadoras e impiedosas*, ou se deteriorar em um processo de decomposição paulatino, matizado pela doença e pela dor, como no caso das pessoas que têm a morte absolutamente próxima de si, vitimadas por um câncer (ou qualquer outra moléstia grave e inexorável) para as quais se encontram esgotadas as possibilidades de cura.²⁷ No cerne desta modalidade do sofrimento, subsistem várias tensões colocadas pelo fim nada eminente, no espaço que uma morte iminente é capaz de demarcar:

(1) um sofrimento físico, caracterizado por uma série de manifestações clínicas - como *astenia, anorexia, dispnéia, náuseas e vômitos* -, das quais sobressai a *dor*²⁸, com suas diferentes origens - secundária à própria moléstia ou à terapêutica empregada -, por vezes excruciante, capaz de preencher o mundo daquele que a vivencia, a ponto de impossibilitar a concentração nos demais aspectos do dia-a-dia;¹⁸

(2) um padecimento psíquico, permeado pelo *medo* (de deixar de ser, de ter um passamento "doloroso", de se tornar repugnante, entre outros), a *negação, a depressão, o tédio, o desamparo, a solidão e o abandono* - mormente pelos profissionais que assistem o enfermo²⁹;

(3) uma amargura de origem social, a qual incluiria a deterioração das relações familiares, a exclusão social, o afastamento e o isolamento paulatinos^{14, 30}.

Esta torrente de considerações permite perceber, claramente, que nas circunstâncias em que um enfermo se encontra moribundo, o lúdimo fundamento para o sofrimento não é a morte em si, mas a existência miserável que se arrasta para o seu fim, permeada pelo desespero do *não-saber*, pela dor física e existencial, especialmente se o homem que padece passa a vítima daqueles que o deveriam assistir, tornando-se submetido aos grilhões da obstinação terapêutica³¹ - ou seja, a *distanásia*, agonia prolongada em um morrer sofrido, tal qual o demarcado inicialmente por G. Morache³² -, uma terrível *ferida moral*.²⁷ Tal é a condenação: o enfermo, violentado em sua autonomia, impossibilitado de dizer não a este (re)nascimento forçado a cada minuto, invadido em sua intimidade corpórea - e muitas vezes, simbólica -, arrebatado por uma ciência que prima pela ânsia de conhecer, e, finalmente, torná-lo laboratório de 'experimentos' técnicos e farmacológicos ... Como Frankensteins contemporâneos, sem rosto e sem nome, sem dignidade e sem valor.⁹

Nestes dias de álgida amargura, vale a pena recolocar a pergunta: qual o significado das palavras sofrimento e condenação? A vida que se esvai lenta e desesperadamente, ou a morte capaz de significar a alforria do padecer? Podemos responder com Sören Kierkegaard³³, reconhecendo que:

“Assim se apresenta o desespero, essa enfermidade do eu, "a doença mortal". É um doente de morte o desesperado. Mais do que em nenhuma outra enfermidade, é o mais nobre do eu que nele é atacado pelo mal. No entanto, o homem não pode morrer dela. Neste caso, a morte não é o fim da enfermidade: é um fim interminável. Nem a morte pode salvar-nos dessa doença, pois aqui a doença, com o seu sofrimento e... a morte, é não poder morrer.” [grifo nosso]

Diante da dor, experimentando o sofrimento e o desespero nas profundezas de suas entranhas, o homem que sofre deveria poder escolher, de forma autônoma³⁴, o desfecho que melhor lhe convém, a saber:

(1) se manter em sua condição a despeito de todo martírio, desde que seja permitida uma existência com alguma dignidade, o que pode ser efetivamente proporcionado pela disponibilização de *cuidados paliativos*;²⁷

(2) decretar seu fim através da *eutanásia*, entendida aqui no sentido mais amplo de boa morte - ou ainda como "o emprego ou abstenção de procedimentos que permitem apressar ou provocar o óbito de um doente incurável, a fim de livrá-lo dos extremos sofrimentos que o assaltam" ³⁵ - passamento que redime e liberta de uma vida que já não vale mais a pena ser vivida, sempre de um ponto de vista do seu próprio titular;³⁶

(3) perpetuar sua existência, utilizando-se de todos os meios disponíveis, aceitando para tal, inclusive, a submissão à *distanásia* com todos os seus riscos e conseqüências.³¹

Caso a escolha do sujeito recaia sobre o termo de seu calvário, se o seu existir assim lhe parecer - afinal, a existência e alcance dos cuidados paliativos não são garantia, absolutos, de que o sujeito preferirá se manter vivo³⁷ -, será necessário um elevado nível de receptividade por parte do *outro* - por exemplo, um profissional de saúde responsável pela atenção ao enfermo -, estabelecendo-se assim o horizonte intersubjetivo para as discussões éticas - e bioéticas - acerca da eutanásia.

Eutanásia: Proteção e Compaixão

Muitas das questões relativas ao binômio *vida-morte* acima esboçadas, encontram-se no coração da *bioética*,

disciplina que se refere à moralidade dos atos humanos que podem alterar, de forma significativa e irreversível, os sistemas autopoieticos, também irreversíveis, representados pelos seres vivos.³⁸ Diferentes correntes desta disciplina podem ser evocadas para a resolução dos conflitos morais relacionados ao fim da vida; mas, se a eutanásia é compreendida como real possibilidade de amparo aos sujeitos autônomos, moribundos e desprotegidos, os referenciais colocados pela *bioética da proteção*^{39, 40} tornam-se de grande valia para a argumentação e tratamento das questões relativas à boa morte. De fato, recuperando-se o sentido originário da palavra grega *ethos* (ἦθος) - no mundo homérico - de "dar abrigo" aos animais - sem olvidar os outros significados, caráter (ἦθος) e costumes (ἔθος) - torna-se clara a intrínseca perspectiva cuidadora e protetora da ética, e, por conseguinte, da bioética, como o delimitado por Fermin Roland Schramm:⁴¹

"A bioética da proteção é uma ética aplicada que se refere às práticas humanas que podem ter efeitos significativos irreversíveis sobre os seres vivos e, em particular, sobre indivíduos e populações humanas, considerados em seus contextos bioecológicos, tecnocientíficos e socioculturais, tendo em vista os conflitos de interesses e de valores que emergem de tais práticas e que, para poder dar conta de tais conflitos, (a) se ocupa de descrevê-los e compreendê-los da maneira mais racional e imparcial possível; (b) se preocupa em resolvê-los, propondo as ferramentas que podem ser consideradas, por qualquer agente moral racional e razoável, mais adequados para proscrever os comportamentos incorretos e prescrever aqueles considerados corretos; e (c) que, graças à correta articulação entre (a) e (b), fornece os meios capazes de proteger suficientemente os envolvidos em tais conflitos, garantindo cada projeto de vida compatível com os demais."

A caracterização da *proteção* neste excerto é plenamente aplicável ao paciente fragilizado e desamparado por consequência de uma moléstia grave, incurável e mitigante. Proteger o enfermo em suas dores, angústias e temores - na medida em que isto for possível -, possibilita a recuperação da dimensão do *cuidado*, como bem demarcado por Callahan:⁴²

"[...] o cuidado deve sempre ser prioritário sobre a cura, pela mais óbvia das razões: nunca há qualquer certeza de que nossas enfermidades possam ser curadas, ou nossa morte evitada. Eventualmente, elas poderão e devem triunfar. [Mas] nossas vitórias sobre nosso adoecimento e [sobre a] morte são sempre temporárias, mas nossa necessidade de suporte, de cuidados, diante deles, é sempre permanente."

A pergunta que se coloca, ato contínuo, refere-se à *motivação* para atuar nesta dimensão do cuidado e da proteção: o que seria capaz de mover um *Sujeito* - por exemplo, profissional de saúde - no sentido de cuidar e proteger um *Outro* que sofre? Haveria uma instância mais ampla permissiva ao amparo de uma pessoa - mas, também, de uma população ou do próprio planeta?

Tal questionamento refere-se, em última análise, à busca pelo fundamento da moral, o qual foi motivo de grandes reflexões ao longo da tradição ocidental, destacando-se os conceitos de *bem* em Aristóteles⁴³ e *dever* em Immanuel Kant⁴⁴. Neste sentido, F. Roland Schramm e Ciro A. Floriani, em recente manuscrito²⁷, expressam que o cuidado será factível, sempre que aquele que assiste ao enfermo que se esvai, adotar uma atitude acolhedora, ou seja,

"[...] tornando-se sensível e conseguindo - de modo *empático* e *simpático* - perceber a precariedade do momento vivido pelo paciente fragilizado e desamparado [...]" [grifo nosso]

Ter *simpatia* - do grego συμπάθεια, de συμπάσχω = padecer juntamente, simpatizar, compadecer - é ter compaixão⁴⁵ originariamente na tradição ocidental com-partilhar o πάθος (*páthos*= paixão, sentimento, afeto arrebatador) do outro. Esta é o sentido cristão de tomar para si o sofrimento alheio - do latim *compati* = sofrer com (e não sofrer como)²⁴ -, reconhecendo, São Tomás de Aquino, a *compaixão* como a virtude maior.⁴⁶

A compaixão é, igualmente, o fundamento na ética do budismo, apropriado pela filosofia ocidental no pensamento de Arthur Schopenhauer - na verdade, sua principal "influência oriental" foi recebida dos *Upanixades* hindus^{47, 48}. Distintamente da tradição cristã, a dimensão budista evocada por *Karuna* (compaixão em sânscrito) é muito mais de acolhida da angústia alheia, como nas palavras de David Brandon:⁴⁹

"Compaixão significa oferecer morada às pessoas, abrir as portas até então fechadas para elas, perguntar mais que responder. Significa tornar-se altamente sensível à situação e aos sentimentos da outra pessoa. Significa ouvir com todo o seu ser e dar, se for possível, o que seja relevante e apropriado para o relacionamento, não o avaliando com julgamentos próprios."

Tal acolhimento pressupõe o *não-julgamento* do outro, mas, sim, e tão somente, sua aceitação, o amparo de sua condição de vivente⁵⁰, caracterizando o movimento de recebê-lo sem preconceitos e com profunda responsabilidade.⁵¹ Nesta perspectiva, a *compaixão* pressupõe o deslocamento do "eu" em direção ao "outro", a partir de uma deferência incondicional à inserção deste último no mundo.⁵² De fato, ser compassivo não significa adotar um posicionamento paternalista - ou seja, decidir, deliberadamente, acerca do que é melhor para outrem -, fundamentado em um mero sentimento de pena ou comiseração, mas, sim, desenvolver e praticar um amplo respeito à existência, na medida

em que se recebe aquele que sofre, ativamente, em seu âmago:⁵³

“É praticando a compaixão sem limites que uma pessoa desenvolve o sentimento de responsabilidade pelos semelhantes, o desejo de ajudá-los a superar de forma eficaz seus sofrimentos.”

Com efeito, é incorreta a perspectiva de compreender a compaixão enquanto piedade, desde que esta seja entendida apenas como beneficência passiva de alguém em uma situação de "superioridade" para um outro em total impotência e penúria⁵⁴. A genuína compaixão se estabelece *entre iguais* - sujeitos que se reconhecem mutuamente entre si -, na medida em que se compreende a vida como manifestação de um mundo ambíguo - prazeres e dores; felicidades e sofrimentos; sabores e agruras -, marcado pela impermanência e transitoriedade de todas as coisas⁵⁵, às quais todos os vivos, sencientes, estão invariavelmente submetidos. Acerca disto, por exemplo, não se pode olvidar que é diante da finitude que se expressa de forma mais consistente a igualdade de todos os humanos, perecíveis, sujeitos inexoravelmente ao ocaso e, como discutido, sabedores de sua condição:⁵¹

“Considerar que a felicidade e a infelicidade fazem parte da não-permanência vai despertar em nós, ao mesmo tempo, uma qualidade de compaixão e uma qualidade de presença junto aos sofrimentos do outro [...].”

Reconhecer a existência como não-permanente é um dos primeiros movimentos para não tornar a (sobre)vida um objeto de idolatria. Nestes termos, cabe ao profissional que cuida de um enfermo em pleno processo de morrer, o respeito por este momento elegíaco, acolhendo-o em sua mais recôndita disposição, sem julgá-lo - ainda que a opção seja pela *boa morte*, a eutanásia - e tampouco tomar arbitrariamente decisões tão importantes em seu lugar. É mister admitir que a vida de um homem submetido à excruciante padecimento não deixa de ser um bem, *sagrado* - pondo-se de lado os dogmatismos espúrios -, pela decisão autônoma, por parte daquele que sofre, de por um fim à sua consternação. Com efeito, admitir, em meio a um suplício incurável - e intratável -, que já não vale a pena prosseguir, demonstra, em certo sentido, que o enfermo atribui alto valor à sua própria vida, não desejando permitir, por conseguinte, que ela se esvaia em dias e noites de martírios sem fim.⁵⁶ Morrer, neste caso pode significar uma plena manifestação de estima pela própria existência; possibilitar o ocaso, compassivamente, em respeito à autonomia do moribundo - afinal, sua decisão será sempre a última fronteira -, configura-se como legítima atitude moral, inquestionável possibilidade de libertação.

Ponderações Finais

Esta breve reflexão acerca da finitude e do sofrimento permitiu que se pudesse vislumbrar a eutanásia como possibilidade de alívio para uma existência miserável e sem sentido, desde a perspectiva de seu titular. Nesta circunstância, a bioética da proteção entra em cena enquanto horizonte capaz de permitir o amparo daquele que padece, garantindo sua autonomia, no sentido de tornar fato a disposição de fenecer em paz e sem dor - caracterizando uma *boa morte* - o que pressupõe uma ação imbuída por verdadeira *compaixão* - acolhida incondicional, cuja melhor metáfora é o *oceano*.

Tal abordagem - integrar a compaixão aos demais fios que compõem o grande tecido da *boa morte* -, consiste em mais uma tentativa de colocar a eutanásia no seu lugar originário: um ato de fraternidade para com aquele que morre em meio a agudos tormentos, facultando o esvaecer do martírio, a partir de um passo em direção ao imponderável, como prenunciado no belo escrito de Johann Wolfgang Goethe:⁵⁷

“Que a vida humana é apenas um sonho outros já disseram, mas também a mim esta idéia persegue por toda a parte. Quando penso nos limites que circunscrevem as ativas e investigativas faculdades humanas; quando vejo que esgotamos todas as nossas forças em satisfazer nossas necessidades, que apenas tendem a prolongar uma existência miserável; quando constato que a tranqüilidade a respeito de certas questões não passa de uma resignação sonhadora, como se a gente tivesse pintado as paredes entre as quais jazemos presos com feições coloridas e perspectivas risonhas - tudo isto, Guilherme, me deixa mudo. Meto-me dentro de mim mesmo e acho aí um mundo! Mas antes em pressentimentos e obscuros desejos que em realidade e ações vivas. E então tudo paira a minha volta, sorrio e sigo a sonhar, penetrando adiante no universo.”

Proteger o homem que está morrendo, conduzindo-o à fonte do esquecimento, *Léthe*, receptáculo de todos os sonhos ... Fecham-se os olhos, rompem-se os grilhões - o mergulho no infinito, genuíno ato de compaixão ...

Referências

1. Laín Entralgo P. História universal de la medicina. Barcelona: Salvat; 1972.
2. Siqueira-Batista R. Deuses e homens: mito, filosofia e medicina na Grécia antiga. São Paulo: Landy; 2003.
3. Hippocrates. Ancient medicine. Cambridge: Harvard University Press; 1992.
4. Callahan D. Porre dei limiti: problemi etici e antropologici. L'Arco di Giano: Riv Med Human. 1994;4:75-86.
5. Callahan D. The goals of medicine. Setting new priorities. Hastings Cent Rep. 1996;(Suppl).

6. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida: interseções no campo da saúde pública. *Cad Saúde Publica*. 2004;20(3):855-65.
7. Schramm FR. Equidade na alocação de recursos e vigência da cultura dos limites: um dilema moral para a saúde pública. *Anais do 5o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*; 1997; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997.
8. Schramm FR. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. *Rev Bras Cancerol*. 2002;48(1):17-20.
9. Siqueira-Batista R. A ressurreição de Frankenstein: uma metáfora das UTIs contemporâneas. *Anais do 1o Congresso de Bioética do Estado do Rio de Janeiro*; 2003; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
10. Dastur F. A morte: ensaio sobre a finitude. Rio de Janeiro: Difel; 2002.
11. Morin E. O homem e a morte. Rio de Janeiro: Imago; 1997.
12. Morin E. Amor, poesia, sabedoria. 3a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
13. Homero. *Iliade*. Paris: Belles Lettres; 1994.
14. Elias N. A solidão dos moribundos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
15. Camus A. Le mythe de Sisyphe. In: *Essais*. Paris: Gallimard; 1965.
16. Cioran EM. *Silogismos da amargura*. Rio de Janeiro: Rocco; 1991.
17. Kirk GS, Raven JE, Schofield M. Os filósofos pré-socráticos: história crítica com seleção de textos. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1994.
18. Stedeford A. Encarando a morte. Porto Alegre: Artes Médicas; 1986.
19. Spinoza B. *Ethic*. Paris: Gallimard; 1954.
20. Schopenhauer A. O mundo como vontade e representação. Rio de Janeiro: Contraponto; 2001.
21. Campbell J. Temas mitológicos na arte e na literatura criativa. In: Campbell J. *Mitos, sonhos e religião*. Rio de Janeiro: Ediouro; 2001.
22. Eliade M. Mito e realidade. 5a ed. São Paulo: Perspectiva; 2000.
23. Reale G. História da filosofia antiga: das origens a Sócrates. 3a ed. São Paulo: Loyola; 1999. vol. 1.
24. Santo Agostinho. *Confissões*. São Paulo: Nova Cultural; 2000.
25. Wilde O. O retrato de Dorian Gray. São Paulo: Abril Cultural; 1981.
26. Freud S. Nossa atitude para com a morte. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago; 1974. vol. 14.
27. Schramm FR, Floriani CA. Bioética em cuidados paliativos. No prelo 2004.
28. Longo DL. Abordagem do paciente com câncer. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. *Harrison medicina interna*. Rio de Janeiro: Mac Graw Hill; 2002.
29. Bird B. Conversando com o paciente. São Paulo: Manole; 1978.
30. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
31. Pessini L. Distanásia. Até quando prolongar a vida? São Paulo: São Camilo; 2001.
32. Morache G. Naissance et mort. Étude de socio-biologie et de médecine legale. Paris: Felix Alcan; 1904.
33. Kierkegaard S. O desespero humano. São Paulo: Martin Claret; 2002.
34. Schramm FR. Por qué la definición de muerte no sirve para legitimar moralmente la eutanasia y el suicidio asistido? *Perspectivas Bioéticas*. 2001;6(11):43-54.
35. Lepargneur H. Bioética da eutanásia: argumentos éticos em torno da eutanásia. *Bioética*. 1999;7(1):41-8.
36. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(1):4.
37. Campbell CS, Hare J, Matthews P. Conflicts of conscience: hospice and assisted suicide. *Hastings Cent Rep*. 1995;25(3):36-43.
38. Kottow M. *Introducción a la bioética*. Santiago: Universitária; 1995.
39. Schramm FR, Kottow M. Princípios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(4):949-56.
40. Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Cad Saúde Pública*. 2004;20(4):986-94.
41. Schramm FR. Bioética da proteção: justificativas e finalidades. *Primeira Conferência Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde*; 2004; Rio de Janeiro, Brasil. No prelo 2004.
42. Callahan D. *Setting limits. Medical goals in an aging society*. New York: Simon & Schuster; 1990.
43. Aristóteles. *Ética a Nicômaco*. Porto Alegre: Abril; 1973.

44. Kant I. Fundamentação da metafísica dos costumes. Lisboa: Edições 70; 1960.
45. Smith A. Teoria dos sentimentos morais. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
46. São Tomás de Aquino. Suma teológica. São Paulo: Faculdade de Filosofia Sedes Sapientiae; 1944-1961.
47. Janaway C. Schopenhauer. São Paulo: Loyola; 2003.
48. Schopenhauer A. Sobre o fundamento da moral. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
49. Brandon D. Ajuda pelo zen-budismo. São Paulo: Pensamento; 1976.
50. Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela Terra. 8a ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
51. Leloup J-Y. A montanha no oceano: meditação e compaixão no budismo e no cristianismo. Petrópolis: Vozes; 2002.
52. Boff L. Princípio da compaixão e cuidado. 3a ed. Petrópolis: Vozes; 2000.
53. Dalai Lama. O Caminho da tranquilidade. Rio de Janeiro: Sextante; 2000.
54. Caponi S. Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000.
55. Gyatso GK. Compaixão universal. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1996.
56. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Conversações sobre a "boa morte": o debate bioético acerca da eutanásia. Cad Saúde Pública. No prelo 2004.
57. Goethe JW. Os sofrimentos de Werther. Porto Alegre: L&PM; 2001.