

A DIGNIDADE HUMANA PELO CONCEITO DE BOA MORTE.

Roberto Rohregger¹
Joelma de Caro Rohregger²

RESUMO:

O presente artigo, tendo como base os livros de Francesc Torralba I Roselló, "Antropologia do Cuidar" e de Rachel Menezes, "Em Busca da Boa Morte", bem como inserções pontuais de outros autores, tem como objetivo realizar um aprofundamento na compreensão do conceito de boa morte, e a relação com os cuidados paliativos e de suas implicações para dignidade humana na sociedade moderna. Ao entendermos a problemática da morte e do sofrer na atualidade, e a dificuldade de conceituar o momento do fim da vida em decorrência da tecnologização da manutenção artificial da vida compreende-se melhor a necessidade e a abrangência do conceito de cuidados paliativos e suas implicações para uma boa morte.

Palavras Chave: Cuidados Paliativos, boa morte, dignidade

ABSTRACT:

This article, based on the Francesc Torralba I Rosello books, "Anthropology of Care" and Rachel Menezes, "In Search Good Death" as well as specific inserts of other authors, aims to conduct a deeper understanding of concept of good death, and the relationship with palliative care and its implications for human dignity in modern society. By understanding the problem of death and suffering in the present, and the difficulty of conceptualizing the time of the end of life as a result of technologization of artificial maintenance of life is best understood the need and the scope of the concept of palliative care and its implications for a good death.

Keywords: Palliative Care, good death, dignity

*A morte nos faz cair em seu alçapão,
É uma mão que nos agarra
E nunca mais nos solta.
A morte para todos faz capa escura,
E faz da terra uma toalha;
Sem distinção ela nos serve,
Põe os segredos a descoberto,
A morte liberta o escravo,
A morte submete rei e papa
E paga a cada um seu salário,
E devolve ao pobre o que ele perde
E toma do rico o que ele abocanha.*

Hélinand de Froidmont. Os Versos da Morte. Poema do século XII, 1996: 50, vv. 361-372

1Mestre em Bioética pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR. Especialista em Psicoteologia e Bioética pela Faculdade Evangélica do Paraná – FEPAR. E em Teologia do Novo Testamento Aplicada pela Faculdade Teológica Batista do Paraná – FTBP. Bacharel em Teologia pela Faculdade Evangélica do Paraná – FEPAR e pelo Seminário Teológico Betânia de Curitiba. (SEMIB). Professor do Centro Universitário Uninter e da Faculdade Teológica Betânia - FATEBE (Graduação e Pós-Graduação)

2 Acadêmica do curso de Psicologia das Faculdades Pequeno Príncipe - FPP.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Se compreendemos que a morte faz parte da vida, então a ética como preceito de bem viver deve acolher a reflexão do bem morrer, ou da boa morte, pois o que é uma boa vida que se passou quando se defronta com a uma morte sofrida e angustiada? Neste momento não se teria perdido no tempo toda a vida? Logo uma boa vida requer um preparar-se para a morte e um entendimento do significado de uma boa morte, por mais paradoxal que possa parecer.

Em paralelo com esta discussão temos a questão da defesa da vida. Simplesmente a morte seria a solução para aqueles que se encontram em uma situação debilitada? Será que ao valorizarmos a morte como “solução”, mesmo que de forma natural, isto é, sem a sua imposição por meios artificiais, não estaríamos abrindo algumas brechas para eventuais relativizações com relação a valorização da vida? E neste meio entre o viver e o morrer, como proceder com o indivíduo que se encontra debilitado em estado terminal? Não está morto, mas também a vida com sua vitalidade não se apresenta, como tratar? E, principalmente, como cuidar?

Situações críticas como esta ocorrem em hospitais onde a medicina olha a morte como um inimigo que deve ser combatido a qualquer custo. Sendo que quando esta se impõe a equipe médica se entende como perdedora, uma vez que todos foram ministrados a promover a vida, a qualquer custo, que por vezes é um custo muito alto. Porém o que hoje está começando a ficar um pouco mais claro para a medicina é que muito pior que a morte é a morte sofrida na inútil tentativa de postergar sua imposição, sem esperança de recuperação do enfermo, apenas postergando com sofrimento o desfecho que não há como evitar.

Segundo MENEZES,

o doente FTP³ é aquele para o qual a medicina não possui mais recursos para deter o avanço fatal da doença, trazendo interrogações para a equipe de saúde, familiares e para o próprio indivíduo. O que fazer com esse paciente? Como administrar o seu final da vida? Justifica-se a manutenção do aparato tecnológico quando não há mais esperança de cura? Quando interromper o tratamento curativo? Que vida é possível para este doente, a partir da sua categorização como FTP? (2004, p.15)

O livro de Francesc Torralba I Roselló, Antropologia do Cuidar, chega na edição brasileira de forma resumida, com alguns de seus capítulos e partes suprimidas, porém trazendo a essência que é fornecer uma reflexão a partir da

3 FPT– Fora de Possibilidades Terapêuticas, pacientes cuja medicina não apresenta mais condições de reversão do quadro da doença.

filosofia sobre o cuidar, principalmente para servir de subsídios para os profissionais da área de enfermagem, que atuam tão diretamente com este tema, muitas vezes pouco compreendido. Porém sua leitura não fica restrito para aqueles que atuam na enfermagem, mas para um público mais amplo sejam teóricos ou práticos que se detêm na dialética do cuidar e do cuidado, tema extremamente caro para aqueles que se deparam com os cuidados paliativos.

Já Rachel Menezes (2004), em “Em Busca da Boa Morte” trata dos cuidados paliativos e faz uma avaliação muito importante na questão do entendimento da morte e do morrer na história da sociedade, principalmente com um olhar da atualidade.

Não é sem razão que os dois livros contêm o termo antropologia, pois é a morte que nos dá noção da nossa humanidade.

Dessa forma, o objetivo deste artigo é trazer uma melhor compreensão sobre os cuidados paliativos para que o sujeito tenha uma boa morte, levando em consideração a dignidade humana nesse momento de fim de vida.

1 A MORTE NA CONTEMPORANEIDADE.

A morte não foi olhada da mesma forma na história da humanidade, cada época traz os dilemas da vida que acarretam na implicação do entendimento e conceitualização da morte e do processo de morrer. Houve momentos em que a morte esteve mais presente no dia a dia das pessoas, era, digamos, mais natural.

Segundo MENEZES,

Constatado o surgimento do novo modelo de morte, nomeado por diversos autores como morte “pós-moderna”, “neo-moderna” ou “contemporânea”. A ideia da existência de diferentes modelos de morte remete-se às formulações do historiador Philippe Aries que, em suas pesquisas sobre as atitudes sociais face a este evento, identificou duas configurações sociais e simbólicas diferentes, associadas a momentos históricos distintos: morte “tradicional” e morte “moderna” (2004, p. 21).

Na atualidade o avanço da medicina apresenta em alguns momentos a falsa impressão de que a morte foi banida da vida, ledo engano. Apesar de uma parcela significativa da sociedade viver mais e melhor com acesso a procedimentos tecnológicos de diagnósticos e tratamentos, a morte não foi banida, tampouco domesticada, podemos dizer atrasada, mas que se faz presente:

As possibilidades de reanimação, alimentação e respiração artificiais contribuem para a expansão das fronteiras da vida. A oferta do aumento do tempo de vida leva a possibilidades de resoluções diversas, provocando uma

discussão ética relativa ao período que precede a morte e à sua própria determinação temporal. São construídos o conceito e o diagnóstico de morte cerebral, em função do transplante de órgãos. A morte de distintas partes do corpo tornou-se as mortes sucessivas do mesmo indivíduo mediante a tecnologia médica” (MENEZES, 2004, p. 22).

Assim nos encontramos no paradoxo do desenvolvimento tecnológico para sustentar a vida, porém e incoerentemente nos afastamos da base de cuidado que é tão necessário à vida que é o amor e o acolhimento, tendo os hospitais tornado-se frios e de certa forma “industriais”. Conforme ROSELLÓ:

Alguns sociólogos da saúde cunharam a expressão “hospitais sem alma”, para se referirem a esses grandes e monstruosos centros hospitalares nos quais a massificação e a burocratização da assistência alcançaram um grau máximo. [...] Além da especialização das disciplinas e da massificação e burocratização da assistência, vivemos em um contexto social e cultural no qual os fenômenos de instrumentalização da pessoa humana são mais frequentes do que se desejaria. A razão instrumental, seguindo aqui a expressão de Max Horkheimer e Theodor Adorno, também penetra no âmbito assistencial assim como no âmbito educativo, e suas consequências são fatais no que diz respeito à dignidade humana. Em determinados contextos, a pessoa do paciente é utilizada explicitamente ou implicitamente, como um instrumento. Não por critérios de investigação, mas também por razões economicistas e pragmáticas. (2009, p. 23)

O silêncio em torno da morte na era contemporânea, a morte como tabu, torna-se uma representação central nesta produção analítica e crítica. A exclusão da morte e de quem está morrendo são citadas como características fundamentais da modernidade. Em suas denúncias contra a expropriação do doente de sua própria morte, os autores qualificam a morte como: “escamoteada, expulsa, banida, excluída” e adjetivos equivalentes.

Aries *apud*, MENEZES (2004, p. 27) descreve as transformações que o conceito de morte teve desde a idade média até o século XX. Ele descreve detalhadamente cada período histórico: a “morte domada”, característica da alta Idade Média, era ritualizada, comunitária e enfrentada com dignidade e resignação, podendo ser ilustrada pela morte dos cavaleiros. O aviso da proximidade da morte era dado por sinais naturais ou, mais frequentemente, por uma convicção íntima, mais do que por premonição sobrenatural. A partir desta consciência o moribundo tomava suas providências e era presidida pelo próprio indivíduo que estava morrendo. A casa e o quarto do moribundo transformavam-se em lugar público, onde se entrava livremente, inclusive as crianças. Os ritos da morte eram aceitos e cumpridos, sem caráter dramático ou gestos de emoção excessivos. A familiaridade com a morte espelhava a aceitação da ordem da natureza, na qual o homem se sentia inserido. Com a morte, o

homem se sujeitava a uma das grandes leis da espécie e não cogitava em evitá-la: simplesmente a aceitava. Porém a partir do século XIX com o surgimento do individualismo a morte do outro torna-se dramática e insuportável afastando-se do conceito social da morte. Finalmente, no século XX, surgem novas formas de relação com a morte: a morte é invertida, escamoteada, oculta, vergonhosa e suja. (MENEZES, 2004, p. 27)

Concomitante a isso ocorre uma mudança social: o local da morte deixa de ser a casa, cercado pelos entes queridos, e passa a ser o hospital, cercado pelos médicos desconhecidos.

2 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE ORTOTANÁSIA, EUTANÁSIA, DISTANÁSIA E ESTADO VEGETATIVO.

A Ortotanásia não é um suicídio, não se trata de uma abreviação impositiva, mas um meio termo entre os dois extremos, a eutanásia, como simples abreviação da vida, sendo seu oposto, a distanásia, como um prolongamento sofrido e desnecessário. Neste meio caminho podemos colocar a ortotanásia, a morte digna, sem o abreviamento da vida, por outro meio, que não seja a instalação natural da morte, e por outro lado sem o prolongamento do processo de morrer que não obtendo resultados em termos de melhora do quadro do paciente, apenas incorre no sofrimento. (PESSINI, 2004, p 391).

Peça fundamental neste procedimento é a clara distinção de caso para caso, e a indispensável manutenção de cuidados paliativos, ou seja proporcionar a morte serena livre ou minimizada de dor, e o acolhimento daquele que vai partir no convívio dos seus entes queridos e se possível do local onde construiu sua história.

Elizabeth Kubler-Ross (2013), relata o caso de seu vizinho na época que ainda era criança, que havia caído de uma macieira em que quebrou o pescoço. Quando os médicos lhe disseram que não havia nada que pudessem fazer, ele insistiu em ser levado de volta para sua casa onde pode passar os últimos momentos rodeado de seus familiares e amigos, ao mesmo tempo que podia da sua janela ver o local onde trabalhou e viveu. Uma morte serena, cuidada.

Na ânsia de mantermos a vida, esquecemos de entender o que realmente é a vida, e prolongamos a manutenção do organismo biológico, mesmo que não haja perspectiva, de fato, de voltar a vida, e desta forma desumanizamos o outro.

[...] o fato de nos concentrarmos em equipamentos e em pressão sanguínea

não será uma tentativa desesperada de rejeitar a morte iminente, tão apavorante e incômoda, que faz concentrar nossas atenções nas máquinas, já que elas estão menos próximas de nós do que o rosto amargurado de outro ser humano a nos lembrar, uma vez mais, nossa falta de onipotência, nossas limitações, nossas falhas e, por último, mas não menos importante, nossa própria mortalidade?

Urge, talvez, levantar uma questão: estamos nos tornando mais ou menos humanos? (KUBLER-ROSS, 2006, p. 21)

Quando não consideramos claramente a motivação que nos leva a adotar um determinado procedimento estamos incorrendo no risco de estarmos apenas olhando para outros interesses que não o bem-estar do paciente, daquele que é o principal interessado em seu estado. Eis aqui o risco do prolongamento desnecessário e fútil da vida, a manutenção do corpo biológico com seus sinais vitais, porém ainda assim desprovido de vida, e mais grave, sem nenhuma perspectiva de recuperar de fato o processo vital, aquele sopro que nos torna sim, humanos. PESSINI (1996, p. 3), diz:

Se o objetivo primeiro da medicina é a preservação e restauração da saúde, a morte deveria ser entendida e esperada como o último resultado deste esforço, implícito e inerente desde o começo. Por outro lado, ressalte-se que o empenho da medicina em impedir ou retardar a morte é consequência lógica do seu legítimo esforço em lutar em favor da vida. A única questão a ser colocada é quando e como, e não se, vamos morrer. Se a morte é parte do ciclo da vida humana, então cuidar do corpo que está morrendo deve ser parte integral dos objetivos da medicina. A morte é o foco em torno do qual os cuidados médicos deveriam ser direcionados desde o início no caso de doença grave ou declínio das capacidades físicas e mentais, como resultado da idade ou doença.

O paciente em estado vegetativo torna-se uma incógnita ainda maior. Diferente daquele que está consciente e pode manifestar sua vontade, este não tem como se manifestar, surge então as questões: ele está sofrendo? Ele sente alguma coisa? Pode ouvir-nos? Qual a perspectiva de restabelecimento dele? Muitas destas questões os próprios médicos não conseguem responder, e quando respondem muitas vezes trata-se de uma opinião extremamente subjetiva, sem uma conclusão real por parte da medicina.⁴

⁴ Para a medicina, estado vegetativo é uma condição na qual, pacientes que emergem do coma parecem ter acordado, mas não dão qualquer sinal de haver recuperado a consciência. Para que o diagnóstico seja feito, não pode existir a menor evidência de algum comportamento intencional em resposta a estímulos externos. (...) Nos últimos vinte anos, entretanto, o advento de novos métodos de avaliação das funções mentais permitiu identificar ilhas de atividade cognitiva preservada, em pequena porcentagem de casos classificados como tipicamente vegetativos. Nessa linha, pesquisadores de Cambridge, na Inglaterra, acabam de publicar uma observação que despertou interesse imediato nos meios científicos. Através da ressonância magnética funcional, exame radiológico que permite obter imagens muito nítidas do sistema nervoso central e indicar os centros cerebrais que entram em atividade ao executarmos determinada tarefa, os autores estudaram uma moça de 23 anos que sofreu traumatismo craniano num acidente automobilístico ocorrido em julho de 2005. Cinco meses mais tarde a paciente permanecia em estado vegetativo: incapaz de responder aos estímulos, embora mantivesse os ciclos alternados de sono e vigília. Numa primeira experiência, os neurologistas submeteram-na à ressonância magnética para avaliar se as áreas cerebrais responsáveis pela coordenação da linguagem entravam em atividade quando ela ouvia frases como: "Tem leite e açúcar no seu café". Os resultados foram comparados com os obtidos quando o estímulo era provocado por ruídos desconexos e com aqueles realizados em voluntários (grupo-controle). Ao ouvir as palavras, a ressonância detectou no lobo temporal da paciente atividade cerebral idêntica à do grupo-controle, e distinta da que foi detectada diante de ruídos aleatórios. E, mais, frases que continham palavras com sons ambíguos produziam atividade adicional nos centros que operam processos semânticos fundamentais para a compreensão da palavra falada (região frontal inferior esquerda). Num segundo experimento, os médicos propuseram à doente e aos voluntários que imaginassem visitar todos os quartos de casa, partindo da porta de entrada ou que imaginassem estar jogando tênis. Foi detectada atividade cerebral intensa nos centros que coordenam orientação espacial e nas áreas do controle motor. Novamente, os mapas da atividade mental foram indistinguíveis daqueles encontrados no grupo-controle. Apesar de preencher totalmente os critérios clínicos para sua condição ser classificada como vegetativa, a paciente mantinha habilidade de entender a linguagem falada e de responder por meio de atividade cerebral condizente com um ato claro de intenção. É evidente que não podemos generalizar os resultados obtidos com essa jovem de 23 anos, portadora de poucas lesões cerebrais, mas a presença de respostas tão elaboradas a comandos de voz sugere que a ressonância funcional pode ser útil na avaliação do estado de consciência

Entender o quanto consciente o paciente está quando em estado vegetativo não é algo completamente claro. Desta forma, tratá-lo como se ele “não estivesse ali” é algo que pode ser profundamente angustiante.

3 O CUIDADO COMO CAMINHO PARA A BOA MORTE.

Em todos estes processos profundamente complexos, existe algo que, em todos eles, não pode deixar de ser observado: os cuidados paliativos. Cabe aos profissionais da saúde assim como aos familiares promover o bem-estar do indivíduo acamado. E isto não se trata apenas do olhar sobre a dor, que sim é um dos fatores mais importantes, mas uma visão mais ampla sobre o indivíduo com suas particularidades e subjetividades.

A palavra “paliativo” deriva do vocabulário latino *pallium*, que significa manta ou coberta. Assim, quando a causa não pode ser curada, os sintomas “tapados” ou “cobertos” com tratamentos específicos, por exemplo analgésicos. Sem dúvida a medicina paliativa é muito mais ampla e profunda que a mera “sintomatologia”. O termo implica um enfoque holístico, que considera não somente a dimensão física mas também as preocupações psicológicas, sociais, e espirituais.” (PESSINI 2011, p. 186)

Ninguém concebe a morte como boa, o termo boa morte parece extremamente antagônico, e o é, a morte em alguns casos pode representar um alívio, em decorrência de uma doença que possa causar dores crônicas terríveis, neste caso a morte pode ser um escape, mas como opção última. Apesar disso, a morte é necessária, faz parte da vida, talvez seja condição para que haja de fato vida. Sendo assim, cabe entendermos que tão importante quanto viver com dignidade é também morrer com dignidade, e dignidade humana é um conceito que introduz um elemento de ordem e de harmonização nos conflitos das comunidades humanas, através da tolerância, do cuidado e da solidariedade (BARCHIFONTAINE 2013, p. 389).

Desta forma, cuidado e solidariedade são peças fundamentais para que possa haver a possibilidade de uma morte mais serena, mais aceitável, mais digna. E se entendemos que o ser humano é um ser integral, entendemos que não morre apenas o corpo biológico, mas junto o corpo emocional, social, psicológico e emocional, logo o cuidado não pode se dar apenas no âmbito físico, porém sendo este de vital importância para a consistência dos demais aspectos envolvidos no processo da morte. De acordo com MENEZES:

Fala-se sobre a morte, sobre os desejos do doente e da família, sobre as tomadas de decisões, sobre a relação com o médico. Filmes e peças em torno da temática são sucessos de público: há uma busca de novas construções e práticas sociais em torno da morte e do morrer – especialmente em determinadas camadas sociais. As expressões “boa

de pacientes não comunicativos. Quando for possível documentar a existência de focos residuais de atividade cognitiva, poderão ser desenvolvidas estratégias para modulá-los com a finalidade de tentar estabelecer algum tipo de comunicação interpessoal. (VARELA, 2011)

morte, morte tranquila e morreu bem” passam a ser utilizadas amplamente, não se restringindo ao âmbito dos profissionais de saúde. (2004, p 38)

Faz-se necessário preparo por parte da família para enfrentar com o máximo de serenidade possível este momento e também preparo técnico e humano aos profissionais que estarão envolvidos com o paciente:

A ação de cuidar deve ser compreendida a partir do valor da edificação. O edificar não somente se refere a coisas, mas também a pessoas. No fundo, a educação é um processo de edificação, cujo o fim é a construção global da pessoa a partir de sua gênese até sua consumação. [...]. A tarefa de cuidar se relaciona intrinsecamente com a tarefa de edificar. O paciente reclama cuidado, porque sofre um processo de desestruturação global de seu ser. Os elementos que constituem o esqueleto e sua estrutura sofreram uma grave erosão, e só é possível sanar completamente a pessoa se, se reconhecem tais elementos e se os reconstroem de novo. Edificar, no sentido ético, consiste em reconstruir de novo a pessoa a partir de suas fundações. (ROSELLÓ, 2009, p. 164)

O cuidado paliativo entrou nos hospitais de forma tímida sem que muitos dos envolvidos com pacientes terminais conseguissem entender a motivação ou a finalidade desta ação.

Cabe a uma equipe de cuidados paliativos proporcionar a possibilidade do paciente poder viver seus últimos momentos ciente do que vai ocorrer com ele, bem como conscientizar os familiares, melhorando a qualidade de vida, até o último momento com dignidade e mantendo a identificação social do enfermo (MENEZES, 2004, p. 41). Conforme ROSELLÓ (2009, p.165), citando MORATALLA:

É fácil identificar cuidado e beneficência porque talvez seja o conceitualmente mais simples e economicamente mais rentável. Contudo, devemos deixar claro que o cuidado ao qual estamos nos referindo é responsabilidade compartilhada e não responsabilidade delegada, é responsabilidade de previsão e não responsabilidade de improvisação.

Cuidados paliativos devem ser preparados para possibilitar ao enfermo as condições necessárias de forma holística para que ele possa passar por este momento com toda a dignidade que deve ser inerente ao ser humano.

O cuidado e o inter-relacionamento é essencial para todo o processo de humanização da medicina, apesar de toda a técnica e tecnologia o contato com o outro ainda é, e nunca deixará de ser, enquanto formos humanos, vital tanto no processo da cura, quanto no processo da morte. De acordo com KUBLER-ROSS:

Se pudéssemos ensinar aos nossos estudantes o valor da ciência e da tecnologia, ensinando a um tempo a arte e a ciência do inter-relacionamento humano, do cuidado humano e total do paciente, sentiríamos um progresso real. Se não fosse feito o mau uso da ciência e da tecnologia no incremento da destruição, prolongando a vida em vez de torná-la mais humana; se ciência e tecnologia pudessem caminhar paralelamente com maior liberdade para contatos de pessoa a pessoa, então poderíamos falar realmente de uma grande sociedade (2006, p. 30).

A construção de uma grande sociedade não passa simplesmente pela construção de uma sociedade mais tecnológica, mesmo que isso signifique maiores avanços na medicina, mas sim pela construção de uma sociedade mais justa e humana, uma sociedade que se humaniza.

Desta forma os cuidados paliativos passam por, inicialmente, ouvir o paciente, entender suas dificuldades e anseios. Tentar de alguma forma a comunicação com o outro é profundamente transformador. Pessini afirma que:

A medicina paliativa se desenvolveu como uma reação à medicina altamente tecnicizada. Temos o *ethos* da cura e o *ethos* da atenção. O *ethos* da cura inclui as virtudes militares do combate, não se dar por vencido e perseverar contendo, necessariamente, algo de dureza. O *ethos* da atenção, pelo contrário tem como valor central a dignidade humana, enfatizando a solidariedade entre o paciente e os profissionais da saúde, atitude que resulta numa “compaixão efetiva”. No *ethos* da cura “o médico é o general”, enquanto no da atenção “o paciente é o soberano. (2011, p. 188)

Não ser ouvido em suas necessidades nos transforma em marionetes, em seres desprovidos de vontade, ou seja, absolutamente o contrário do que realmente somos. Não podemos simplesmente julgar o que é melhor para o outro, temos que entender o que é melhor, e como podemos fazer isso se não permitimos a parte mais interessada de se manifestar?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em todos estes processos médicos os cuidados paliativos são condição *sine qua non* para um relacionamento mais humano com o paciente, estendendo-se aos familiares e amigos que tem uma participação fundamental no acompanhamento e na responsabilidade pelo bem-estar do doente. O exagero da medicina na luta contra a morte pode representar a vitória em manter um organismo vivo, mas a profunda derrota de, apesar de todos os esforços, não conseguir manter a vida. E ao mesmo tempo a tentativa de abreviar o sofrimento pode significar apenas findar um transtorno, com a perda do desejo da luta pela vida.

Nestas situações, que de forma alguma podem ser avaliadas globalmente, mas individualmente, somente pode ter o fim mais correto se observado pelo prisma da dignidade daquele que é o maior interessado: o paciente.

Possibilitar cuidados paliativos em toda e qualquer situação em que se esteja passando demonstra que o interesse maior não está simplesmente nos resultados

frios, mas na construção de relacionamentos que possibilitam solidificar a nossa humanidade.

REFERÊNCIAS

BARCFontaine, Christian de Paul, “Conflitos éticos no atendimento a moradores de rua: cidadania no mundo da exclusão”. In: (Org.) PESSINI, Léo & BARCFontaine, Christian de Paul. **Bioética Clínica e Pluralismo**. 1ª Edição São Paulo-SP: Editora Loyola, 2013.

GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leo (Org.); **Bioética: Poder e Injustiça**. 2ª Edição: São Paulo; SP: Ed. São Camilo /Ed. Loyola, 2004,

KUBLER-ROSS, Elisabeth; **A Roda da Vida**. Rio de Janeiro-RJ: Ed. Sextante, 2013.

KUBLER-ROSS, Elisabeth; **Sobre a Morte e o Morrer – O que os doentes terminais tem a ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes**; 7ª Edição. São Paulo, SP: Ed. Martins Fontes, 2006.

PESSINI, Leo; **Distanásia: Até quando investir sem agredir?** Revista Bioética, Vol. 4, No. 1, ano 1996, p 03, Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/issue/view/27>; Acesso em 26/09/2013.

PESSINI, Leo; BERTACHINI. Luciana (Org.) **Humanização e Cuidados Paliativos**. 5ª Edição. São Paulo-SP: Ed. São Camilo / Ed. Loyola, 2011.

MENEZES, Rachel Aisengart; **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**, 1ª Edição. Rio de Janeiro-RJ: FIOCRUZ, 2004.

ROSELLÓ, Francesc Torralba I, **Antropologia do Cuidar**, 1ª edição. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 2009.

VARELLA, Drauzio; **Consciência no estado vegetativo**; Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/drauzio/consciencia-no-estado-vegetativo/>> acesso em 02/10/2014.

