

## DISTANÁSIA: UMA REFLEXÃO SOBRE O PAPEL PSICOSSOCIAL DA MORTE

**Daniel Rossini de Albuquerque** Médico, graduado pela Faculdade de Tecnologia e Ciências Salvador.

**William Azevedo Dunningham** Médico Psiquiatra. Professor Livre-Docente de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia e do Curso de Medicina da Faculdade de Tecnologia e Ciências.

### Resumo

**Introdução:** A representação social da morte vem mudando ao longo da história. A morte se tornou um fato que deve ser escondido da nossa sociedade, se refletindo nas ações individuais e culturais. A medicina trouxe para si a responsabilidade da morte ou a responsabilidade de evitá-la ou prolongá-la a todo custo. Este fato fez com que surgisse um novo paradigma cultural: A morte sob terapêutica intensiva, o que favoreceu distorções nas condutas junto aos pacientes, a distanásia. **Objetivos:** Analisar a influencia das representações sociais da morte, elaboradas por médicos que trabalham em UTI, sobre as práticas de distanásia. **Métodos:** Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas com médicos que trabalham em UTI. A análise foi feita através da técnica de análise de conteúdo na modalidade de análise temática. **Resultados:** Após análise qualitativa das entrevistas, foram gerados 06(seis) temas: O papel da não-aceitação da morte como fator causal da Distanásia; Mudança cultural: A morte sai do ambiente familiar; A Ausência de uma Educação para a Morte: da Pré-escola à Faculdade de Medicina; A Medicina Moderna e o Perfil Obstinado do Médico; A obstinação terapêutica e as pressões externas; e O papel da religião. **Conclusões:** A não-aceitação da morte favorece a propagação da Distanásia nas instituições médicas, principalmente em UTIs. Os profissionais de saúde, em especial os médicos, não têm uma preparação adequada para lidar com a morte, o que torna indispensável um avanço do ensino médico nesse sentido.

**Palavras-chave:** bioética. Eutanásia. Distanásia. Medicina.

## DISTHANASIA: REFLECTIONS ON PSYCHOSOCIAL ROLE OF DEATH

### Abstract

**Introduction:** Depression it's been considered, in the last decades, a major problem in Public Health, imposing a heavy burden in the society, being the fourth cause of social burden and leading to a reduction of 4.4% in life expectancy. The WHO predicts a worsening of the situation in 2020. The conditions of work are intimately associated to the development and aggravation of depressive disorders. The work in the bank clerk area has been one of the most affected with the reformulation in its administrative organization after the 90's decade of last century, mainly with automation, with the aggravation in the worker's mental health. **Objectives:** To accomplish a speech analysis in bank clerks, seeking a deepening understanding of the causes of their psychic sickening. **Methods:** It was made a case study in six individuals, bank clerks, with depression, analyzing their speech about their sickening and work relations. **Results:** All subjects interviewed reported the beginning of their depressive symptoms in relation with situations involving work and described feelings in the negative sphere of humor. Were reported, also, diverse situations, including moral harassment and humiliation in the work environment with progressive deterioration of life quality. **Conclusions:** It is necessary changes in the work relations inside bank organizations, with a higher awareness of the impact of the organization's attitudes towards the subordinate workers' health. It's also necessary more long term studies in order to reinforce this causal nexus and give more data to propose improvements in these relations

**Keywords:** bioethics. Euthanasia. Disthanasia. Medicine.

## 1 INTRODUÇÃO

Tomando o conceito do ponto de vista sociológico, formulado por Durkheim, as representações sociais ou coletivas são “categorias do pensamento por meio das quais uma determinada sociedade elabora e expressa sua realidade”. Em sua concepção, é a sociedade que pensa, logo, as representações não são conscientes do ponto de vista individual. Para este autor, as representações atuam de forma coercitiva, determinando o modo de pensar e agir de cada indivíduo que compõe uma sociedade específica.<sup>(1)</sup> Para Wesley Moraes,<sup>(2)</sup> as Imagens também se incluem naquilo que Emile Durkheim denominou por representações coletivas, as quais são internalizadas e identificadas pelo nosso ego como fazendo parte deste, de modo que oriente e julgue as ações individuais perante o mundo. Isto tem a ver com o que Freud chamou de “superego” que seria uma instância coletiva, que contém valores e atua no interior dos indivíduos. No texto de Marcel Mauss “L’Idée de Mort”, pode-se inferir que a imagem da morte é construída e existe forte ligação entre o físico, o psíquico e a moral, o que torna a morte uma representação social distinta. Mauss relata que após estudo de diversas sociedades, grande parte apresentava medo da morte, de origem puramente social. Neste contexto de medo da morte gerada socialmente, Hans-Georg Gadamer<sup>(3)</sup> fala em repressão sistemática da morte:

A repressão da morte é a vontade de viver[...] O saber acerca do próprio ter-de-morrer permanece como que encoberto[...] Pode-se então, veementemente, e com fervor exagerado, conduzir a tendência repressora, que se enraíza na própria vida, à perfeição institucional e, por isso, se desloca a experiência de morte completamente para a margem da vida pública. (p. 68)

Além das motivações e percepções individuais sobre a morte geradas culturalmente, como foi exposto até agora, Ivan Illich<sup>(4)</sup> afirma que “A instituição médica é uma empresa profissional, tem por matriz a idéia que o bem-estar exige a eliminação da dor, a correção de todas as anomalias, o desaparecimento das doenças e a luta contra a morte”. Com isto, podemos concluir que a medicina também exerce seu papel coercitivo sobre os ritos de morte nesta sociedade, complementando ou influenciando as pessoas (médicos e pacientes terminais) a optarem pela distanásia, cujo conceito é a morte em más condições. Podemos identificar este fato no estudo de Carolina Magalhães<sup>(5)</sup> no qual conclui que “As decisões de prolongar a vida do paciente terminal são exclusivas dos médicos,” com base na percepção de 91,66% dos entrevistados. O termo “distanásia” é pouco conhecido e utilizado na área da saúde. Ao contrário do que ocorre com seu antônimo “eutanásia”, freqüentemente discutido e

estampado nas manchetes de noticiários e jornais, apesar de sem dúvida, ser opção bem menos praticada do que a “distanásia” em nossas instituições de saúde, notadamente nas unidades de terapia intensiva, as modernas catedrais do sofrimento humano. Isso tudo é no mínimo curioso e nos exige uma reflexão aprofundada que atinja as razões subjacentes, que vá além do simplismo ético de querer compreender e resolver questões tão difíceis e polêmicas quanto esta da distanásia, na base do reducionismo ético de ser a favor ou contra. O termo também pode ser empregado como sinônimo de tratamento inútil. Trata-se da atitude médica que, visando salvar a vida do paciente terminal, submete-o a grande sofrimento. Nesta conduta não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer. No mundo europeu, fala-se de “obstinação terapêutica” e nos Estados Unidos, de “futilidade médica” (medical futility).<sup>(6)</sup>

## **2 PERCURSO HISTÓRICO DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA MORTE**

O papel cultural da morte muda seu caráter a cada momento da história da humanidade. Nas sociedades, a morte atinge dimensões além do biológico, mexendo com sistemas religiosos, sociais, filosóficos e científicos. A maneira como uma sociedade encara a morte tem um papel decisivo na constituição e na manutenção de sua própria identidade coletiva.<sup>(7)</sup> A significação da Morte tem sido uma preocupação central nas mais diversas culturas desde os tempos mais remotos, como na época em que o homem de neandertal começou a migrar para a Europa, pode-se encontrar nos sítios arqueológicos de enterros, ornamentações e comidas enterrados juntos com o morto. Também foram encontradas evidências de tributo aos mortos com flores em locais de enterro datados da idade de bronze.<sup>(8)</sup> Os povos mesopotâmicos, assim como as culturas tradicionais, também expressavam sua visão de que a morte não era um fim, mas uma transição para o mundo dos mortos. Os sepultamentos eram feitos de maneira muito cuidadosa, no qual o morto era enterrado junto com pertences individuais e familiares que davam a ele um sentido de identidade, garantindo assim que nada faltasse durante a travessia para o mundo dos mortos.<sup>(9)</sup> Para a sociedade egípcia, a morte adquiriu dimensões “faraônicas”. Este povo desenvolveu um sistema bastante organizado e explícito através de Pirâmides, tumbas, mumificação, objetos mortuários e o Livro dos mortos. Essa preocupação com a morte refletia na arte, na ciência, na política e na religião dessa cultura. É neste momento que surge a questão do julgamento no momento da morte. Os egípcios acreditavam que quando morriam, as almas

eram levadas a um tribunal na presença dos deuses Tot, Anúbis e Osíris, onde suas ações eram pesadas na balança da deusa da justiça. As almas dos maus seriam devoradas pelo deus-monstro e não poderiam mais renascer. A partir daí a morte passa a ser temida devido à sua associação com penalidades.<sup>(10)</sup> Na idade média, a partir do século IV a Igreja combate a tradição pagã que desencadeiam nos cemitérios danças frenéticas. Estas danças proclamavam a alegria de estar vivo e podiam ser vistas quase 1000 anos depois. Por volta do século XIV, as danças adquirem um tom mais introspectivo.<sup>(4)</sup>

Figura 1 - Entre os túmulos, jovens formavam alegres e ruidosas rodas de dança / Farândola



Fonte: ilustração de manuscrito do século XI de autoria desconhecida (Biblioteca Municipal de Poitiers)

Já no fim da Idade Média ocorreram mudanças significativas nas representações da morte no Ocidente.

[...] ao invés da certeza passa a reinar a incerteza, uma vez que agora cabia à Igreja intermediar o acesso da alma ao paraíso e o julgamento final deixava de ser visto como evento que ocorreria nos Tempos Finais e passa a ser visto como um evento que aconteceria imediatamente após a morte e resultaria na descida ao inferno (no sofrimento eterno) ou a ascensão aos céus (na alegria eterna) e isso dependeria da conduta do moribundo antes da morte.<sup>(9)</sup>

Nesta época, a Igreja já era a instituição mais influente, e com o Concílio de Nicéia, convocado por Constantino, começa a imputar na mente das pessoas a idéia de julgamento, que não acontecerá mais no “fim dos tempos”, mas chegará com a morte. Além disso, nessa época acontece a personificação da morte, aparecendo nas pinturas e obras literárias como uma figura desfigurada, com significado de deterioração.<sup>(10)</sup> A morte adquiriu uma nova e proibitiva significação, sendo considerada um castigo de Deus. A morte agora, revelava ao homem suas culpas e indignidades, se tornando um grande tormento ao ser humano.<sup>(11)</sup> Com a chegada da Idade Moderna e as mudanças na vida cultural e intelectual, a forma de o homem se relacionar com a morte também sofreu uma mudança. Começa um declínio da

exclusividade religiosa sobre a morte, agora o homem passa a querer manipulá-la. Uma das repercussões foi a mudança de local do sepultamento: “As igrejas deixaram de ser o local dos enterramentos, os quais passaram a ocorrer em cemitérios, construídos nas margens da cidade, marcando assim uma dicotomia entre vivos e morto”.<sup>(9)</sup> A medicina relutou em trazer a morte para sua tutela, porém com a chegada do iluminismo, da Revolução industrial e ascensão da classe burguesa trouxeram novos valores sócio-econômicos e morais, e um novo tipo de cliente: um homem rico que se recusa a morrer.<sup>(4)</sup> A Europa do final do século XVIII começa a conhecer Saúde Pública e medidas higiênico-sanitárias, assim como grandes Hospitais transformando a medicina e agora o lidar com a morte se torna uma coisa muito impessoal, há um distanciamento das pessoas. No século XX surge um tipo novo de morte no mundo Ocidental, nas sociedades industrializadas, uma morte que é “banida das cidades”. “A sociedade deixa de fazer pausas: o desaparecimento de um indivíduo já não afeta mais sua continuidade, tudo se passa na cidade como ninguém jamais morresse.”<sup>(11)</sup> Nesta época, a Igreja já era a instituição mais influente, e com o Concílio de Nicéia, convocado por Constantino, começa a imputar na cabeça das pessoas a idéia de julgamento, que não acontecerá mais no “fim dos tempos”, mas chegará com a morte. Além disso, nessa época acontece a personificação da morte, aparecendo nas pinturas e obras literárias como uma figura desfigurada, com significado de deterioração.<sup>(10)</sup> A morte adquiriu uma nova e proibitiva significação, sendo considerada um castigo de Deus. A morte agora, revelava ao homem suas culpas e indignidades, se tornando um grande tormento ao ser humano.<sup>(11)</sup> Com a chegada da Idade Moderna e as mudanças na vida cultural e intelectual, a forma de o homem se relacionar com a morte também sofreu uma mudança. Começa um declínio da exclusividade religiosa sobre a morte, agora o homem passa a querer manipulá-la. Uma das repercussões foi a mudança de local do sepultamento: “As igrejas deixaram de ser o local dos enterramentos, os quais passaram a ocorrer em cemitérios, construídos nas margens da cidade, marcando assim uma dicotomia entre vivos e morto”.<sup>(9)</sup> A medicina relutou em trazer a morte para sua tutela, porém com a chegada do iluminismo, da Revolução industrial e ascensão da classe burguesa trouxeram novos valores sócio-econômicos e morais, e um novo tipo de cliente: um homem rico que se recusa a morrer.<sup>(4)</sup> A Europa do final do século XVIII começa a conhecer Saúde Pública e medidas higiênico-sanitárias, assim como grandes Hospitais transformando a medicina e agora o lidar com a morte se torna uma coisa muito impessoal, há um distanciamento das pessoas. No século XX surge um tipo novo de morte no mundo Ocidental, nas sociedades industrializadas, uma morte que é “banida das cidades”. “A

sociedade deixa de fazer pausas: o desaparecimento de um indivíduo já não afeta mais sua continuidade, tudo se passa na cidade como ninguém jamais morresse.”<sup>(12)</sup> Dentre os filósofos existencialistas do século XX, a angústia existencial tem, no pensamento de Heidegger (1889-1976), uma posição central. Para ele a angústia resulta da precariedade da base da existência humana. A "existência" do homem é algo temporário, paira entre o seu nascimento e a morte que ele não pode evitar. Sua vida está entre o passado (em suas experiências) e o futuro, sobre o qual ele não tem controle, e onde seu projeto será sempre incompleto diante da morte inevitável.<sup>(13)</sup>

### **3 OBJETIVOS**

**Geral:** Analisar a influência das representações sociais da morte, elaboradas por médicos que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), sobre as práticas de distanásia. **Específicos:** a) Verificar os motivos os quais levam os médicos a optarem pela Obstinação terapêutica; b) Observar as influências das concepções religiosas nas práticas de prolongamento da vida de pacientes terminais.

### **4 MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa Qualitativa que se baseia na Teoria das Representações Sociais para análise de fenômenos sócio-culturais. Foram recrutados 20 (vinte) médicos que trabalham em UTIs da cidade de Salvador, pela técnica de amostragem “bola-de-neve”,<sup>(14)</sup> em que os primeiros entrevistados indicam outros, que por sua vez indicam outros, e assim sucessivamente. [...] a idéia de amostragem na é a mais indicada para certas pesquisas sociais, especialmente aquela de cunho qualitativo. Isto se deve ao fato que o “universo” em questão não são os sujeitos em si, mas as suas representações, conhecimentos, práticas comportamentos e atitudes. Como se vê, seria impossível demarcar o número total destas variáveis, muito menos o tamanho da amostra que seria representativa desta totalidade. Diante disto, costumeiramente se opta por definir o número de sujeitos por inclusão progressiva (sem demarcar a priori o número de participantes) que é interrompida pelo critério de saturação, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação.<sup>(14)</sup> A técnica “bola-de-neve” proporcionou 04 (quatro) locais para coleta de dados que foram as UTIs do Hospital Evangélico da Bahia (HEB), do Hospital Aeroporto (HA), do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) e do Hospital Português

(HP). A escolha de médicos que trabalham em UTIs se deve ao fato de que a morte e a distanásia estão intimamente relacionadas a este ambiente de trabalho. A coleta de dados era constituída de uma entrevista semi-estruturada com perguntas acerca da opinião dos entrevistados sobre distanásia, os motivos que levam a sua prática, a influência da religião e opinião pessoal sobre a morte. As entrevistas foram gravadas com o intuito de favorecer a livre expressão dos entrevistados e, a posteriori, transcritas na íntegra e analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática. A análise temática consiste em extrair núcleos de sentidos contidos nas comunicações cuja presença ou frequência nos mostra algum significado para aqueles indivíduos que vivenciam determinadas experiências em seu dia-a-dia.<sup>(1)</sup> Portanto, a análise pautou-se na visão dos entrevistados sobre aspectos relacionados à morte e à distanásia, tentando compreender o papel da representação social da morte desses indivíduos assim como o da religião sobre a sua prática médica. Inicialmente se fez uma leitura compreensiva do conjunto do material coletado nas entrevistas, de forma que o conteúdo fosse apreendido de maneira que se pudesse ter uma visão do todo, se destacassem particularidades, fossem elaborados pressupostos que serviram de base para a classificação e análise do material. Num segundo momento, foram agrupadas as falas que tiveram similaridades de sentido (núcleos de sentido). A partir daí, foram gerados 06(seis) temas: O papel da não-aceitação da morte como fator causal da Distanásia; Mudança cultural: A morte sai do ambiente familiar; A Ausência de uma Educação para a Morte: da Pré-escola à Faculdade de Medicina; A Medicina Moderna e o Perfil Obstinado do Médico; A obstinação terapêutica e as pressões externas; e O papel da religião. A participação neste estudo foi voluntária. Após a aceitação verbal dos sujeitos de pesquisa, foi solicitado que os mesmos assinassem o termo consentimento livre e esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Tecnologia e Ciência da cidade de Salvador obedecendo aos preceitos éticos acordados na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A caracterização dos sujeitos entrevistados foi a seguinte: dos 20 (vinte) médicos entrevistados, 14(quatorze) eram do sexo masculino e 06 (seis) do sexo feminino; idade variou de 24(vinte e quatro) e 52 (cinquenta e dois) anos; tempo de trabalho em UTI entre 3 meses e 30 anos; quanto as crenças religiosas, 04 (quatro) afirmaram que não seguem nenhuma religião, 01(um) budista, 04 (quatro) espíritas e 11 (onze) católicos.

Quadro 1 - Caracterização dos sujeitos incluídos na pesquisa em relação ao sexo, idade, tempo de trabalho em UTI, local de trabalho e religião

Nome	Sexo	Idade	Tempo UTI	UTI	RELIGIÃO
Adriana Hora	Feminino	28 anos	8 meses	HGRS	Católica
Alexandre Oliveira	Masculino	29 anos	3 anos	HGRS e HSA	Católica
Anderson Santiago	Masculino	26 anos	3 meses	HA	Católica
André Luiz	Masculino	25 anos	8 meses	HGRS	Católica
Diego Teixeira	Masculino	28 anos	1 e 6 meses	HGRS	não tem
Dione Tonheiro	Feminino	44 anos	21 anos	HEB	Espírita
Eduardo Abreu	Masculino	40 anos	12 anos	HP	não tem
Iury Andrade Z	Masculino	31 anos	2 anos	HP	não tem
Kleber Gonçalves	Masculino	39 anos	13 anos	HA	Católica
Laudenor Pereira	Masculino	27 anos	1 e 8 meses	HGRS	não tem
Lindaura Machado	Feminino	43 anos	15 anos	HEB	Espírita
Marçal de Oliveira	Masculino	49 anos	27 anos	HA	Católica
Marcos Leitão	Masculino	32 anos	2 anos	HP	Católica
Marcos Pedro Masculino	Masculino	24 anos	6 anos	HGRS	Católica
Patricia Sanches	Feminino	27 anos	7 meses	HGRS	Católica
Regina Maria Feminino	Feminino	52 anos	30 anos	HÁ	Católica
Sandra Souza Feminino	Feminino	30 anos	2 anos	HGRS	Católica
Silvio Sérgio Masculino	Masculino	50 anos	24 anos	HEB	Espírita
Sullivan Carlos	Masculino	47 anos	25 anos	HÁ	Budista
Tiago de Souza	Masculino	27 anos	2 anos	HGRS	Espírita

HÁ=Hospital Aeroporto; HEB=Hospital Evangélico da Bahia; HGRS= Hospital Geral Roberto Santos; HP=Hospital Português

### 5.1 O Papel da não-aceitação da Morte

Percebemos nas falas de 08 dos entrevistados, a importância do papel da não aceitação da morte concorrendo positivamente para a definição da distanásia como procedimento de escolha para pacientes cujo prognóstico é reservado, tornando o processo de passagem sofrido e doloroso para todos os atores envolvidos, como podemos perceber nas frases abaixo:

O principal motivo é a dificuldade de ver a vida se encerrar, não conseguir aceitar que a vida chegue ao fim. (Alexandre)

“A distanásia é um evento que é compreensível se considerarmos a vontade de todos querermos que seus parentes vivam para sempre.”(Marçal); “O médico e os familiares não aceitam a morte. A não aceitação da morte leva a esse tipo de conduta.”(Tiago); A morte se

tornou um problema para a sociedade moderna. Esse fato se deve ao fato de que os indivíduos tomaram consciência de sua individualidade e de sua autonomia com o fim da Idade Média, como podemos observar na frase de Ludwig Feuerbach:<sup>(16)</sup>

A característica e o traço distintivo mais proeminente da Idade Média era a crença viva na existência concreta da graça divina e nos bens supersensíveis mais altos; a crença inqualificada e abrangente no conteúdo positivo da religião cristã. O indivíduo humano não tinha ainda obtido a consciência vazia e desolada de sua individualidade, de sua isolada autonomia. Não havia, ainda se abandonado a si mesmo, e feito de si mesmo uma plataforma. (p. 7)

O sentimento de individualidade surge com as valorizações protestantes. A salvação é questionada assim como a imortalidade. Está aberto o espaço para necessidade de se aproveitar a vida mundana. O medo do além entra em cena e junto com este, o medo da morte. Este processo desde então vem sofrendo um processo de evolução. No século XIX, a morte transforma-se num evento detestável, pois representa a ruptura no andamento normal da vida. O século XX traz uma transformação revolucionária da morte, ocultada do dia-a-dia, tratada com bastante indiferença. O luto é abandonado às práticas individuais, com a finalidade de poupar a coletividade. A neutralização dos ritos funerários e ocultação da morte fazem parte dessa incapacidade social de se lidar com ela.<sup>(17)</sup> Com essa mudança de consciência, vieram também as mudanças na vida cotidiana e nas práticas de saúde-doença-morte. A simbologia da morte passou a ser sombria e agora a instituição médica é a responsável por concretizar sua negação, tentando a qualquer custo evitá-la.<sup>(4)</sup> É neste panorama que surge a Distanásia que se utiliza de todos os meios e instrumentos terapêuticos, mesmo que não haja esperança de cura, e ainda que isso signifique proporcionar ao paciente terminal sofrimentos adicionais. É neste contexto que percebemos cada vez mais a influencia da imagem cultural da morte em certos tipos de práticas médicas como a 6 –

## 5.2 Distanásia

### 5.2.1 Mudança cultural: a morte sai do ambiente familiar

Um dos entrevistados apontou a mudança que ocorreu com o papel cultural da morte, a qual deixa o ambiente domiciliar e passa quase que exclusivamente a tutela do hospital:

[...] Houve uma mudança cultural muito grande nos últimos anos, por exemplo, porque eu tive uma experiência como filho de médico que era clínico e trabalhava em uma

comunidade onde se permitiam que o doente morresse em casa com a própria família. E a cultura hoje tanto é de rejeição da família como a cultura de que tudo tem que ser resolvido dentro do hospital. (Silvio)

Nos anos de 1930, de 1940 e principalmente de 1950, a morte no ambiente natural das pessoas se tornou um evento indesejado. Algo que era comum se torna repulsivo, desconfortável. Então, o hospital passa a ser o lugar de cura e da morte, esta muitas vezes apenas adiada ou até planejada. O hospital passa não só a ser o lugar onde acontece a morte por doenças e falhas terapêuticas, mas também onde acontece a morte natural.

A valorização do conforto, da intimidade, da higiene pessoal, da assepsia, tornaram todos mais delicados: os sentidos já não suportam os odores e os espetáculos que ainda no século XIX, faziam parte, com o sofrimento e a doença, do dia-dia. O quarto do moribundo passou da casa para o hospital, que oferece a família o asilo onde abrigar o doente e toma para si o seu cuidado, possibilitando que a vida siga seu curso.<sup>(18)</sup>

Da mesma maneira, P. Ariés, 1988 detecta uma mudança na atitude da sociedade frente à morte, especialmente no século XX, em algumas sociedades mais tecnicamente avançadas, mais industrializadas, mais urbanizadas na qual as pessoas passam a ter uma imagem invertida da morte, o negativo: a sociedade expulsou a morte, exceto dos homens de Estado.

Esta visão corrobora com Gadamer,<sup>(3)</sup> trata deste assunto afirmando que a mudança do ambiente onde acontece a morte nada mais é do que um reflexo de um processo muito mais radical, o desaparecimento da imagem da morte na sociedade moderna. A morte perde sua representação pública, como cortejo fúnebre, e afastamento do moribundo do ambiente familiar, inserindo-se numa empresa técnica de produção industrial. Isto pode ser visto numa das falas de um dos entrevistados: “[...] morrer deixa de ser um processo natural a menos que passe por uma UTI ou por uma tentativa de prolongamento.” (Kleber)

### 5.2.2 A Ausência de uma Educação para a Morte: da Pré-escola à Faculdade de Medicina

Um dos entrevistados afirmou que as pessoas não são educadas para a morte. Já 7 dos entrevistados afirmaram que uma das causas de se existir distanásia é o fato de a faculdade de Medicina que poderia ter um papel relevante nesse processo, simplesmente, se abstém de qualquer responsabilidade. Estes dados fica sintetizado nas seguintes falas: “Acho que não somos educados ou preparados para lidar com a morte, nem por nossos pais ou mesmo pela

faculdade.”(André Luiz); “E durante a faculdade eu percebi que esse assunto é pouco discutido, por um lado porque a medicina intensiva não é bem difundida na formação básica e por outro que é um tema com muito receios”(Diego); Então a classe médica precisa ser melhor formada, melhor educada e isso deveria vir desde a faculdade, o que não tem acontecido.”(Sullivan); “[...] e se na nossa formação a gente fosse treinado pra estar lidando com esse momento, acho que seria diferente.”(Sandra)

Diferentemente do que ocorre nos Estados Unidos da América, onde a educação para a morte está integrada ao currículo escolar desde a pré-escola,<sup>(19)</sup> o Brasil ainda hoje, evita o contato das crianças com a morte a fim de “protegê-las” de algum “dano”. Porém, ao privá-las desta experiência, o assunto se perpetua como tabu, criando o medo e o desconhecimento. Nesta mesma linha Javier Gafo<sup>(20)</sup> afirma que “seria necessária a educação tanatológica que deveria começar na mesma escola e na mesma família e estar especialmente dirigida a profissionais que estão em maior contato com a realidade da morte”.

Tradicionalmente as escolas médicas brasileiras não têm dado a devida importância à temática da morte. Apesar da mudança que está acontecendo nas metodologias de ensino que, dentro do novo paradigma de integralidade da educação médica, buscam a desfragmentação do conhecimento e a humanização do médico.<sup>(21, 22)</sup> Ao analisar a problemática da morte na educação médica, conclui-se que os médicos acreditam se defenderem da angústia que seu trabalho lhes proporciona pela íntima relação com a morte através de 3 mecanismos: negação, racionalização e isolamento das emoções. A partir daí gera-se a ideologia do distanciamento e da frialdade desumanizadora. A neutralidade, a alienação e a indiferença são ditas como imprescindíveis para a boa prática médica. E isso, se reflete na forma como os estudantes de medicina são formados.<sup>(23,24)</sup> Existem alguns marcos no curso da formação médica que nos fazem refletir sobre como essa formação atua no psicológico do estudante. O primeiro contato do estudante com a faculdade de medicina é marcada pelo contato com cadáveres nas aulas de Anatomia. O que se procura nesse primeiro contato, é eliminar qualquer vestígio humano do cadáver, para que assim, a transitoriedade da vida fique em segundo plano. Este processo é evidenciado na fala de Romano:<sup>(25)</sup> “inicialmente o aprendiz conhece os cadáveres da sala de anatomia- um terreno propício ao aprimoramento técnico científico [...]”. Para Sapir,<sup>(26)</sup> o contato com o cadáver faz com que os alunos desenvolvam mecanismos de defesa imprescindíveis à futura profissão. Nesse instante, o discente é confrontado com a morte e passa a acionar suas defesas. O segundo momento do estudante de medicina é o contato com os pacientes nos ambulatórios e hospitais. É neste momento que ocorre uma mudança

significativa: o estudante tem que aprender a lidar com o sofrimento, a dor e a morte dos pacientes fazendo com que o aluno se defronte com a própria finitude, ao lidar com o vivo que está próximo da morte.<sup>(27, 28)</sup> A última etapa da formação médica é o internato, no qual os alunos começam a fazer parte do corpo médico, aprendendo a medicina em situações reais do cotidiano hospitalar. Suas dúvidas e angústias aumentam e a auto-avaliação é realizada frente ao paciente por meio da capacidade diagnóstico-terapêutica. Então, se tem a percepção que a realidade profissional é muito distorcida e dissuadida da fantasia da cura e controle sobre a vida.<sup>(27)</sup>

Fica claro que os estudantes de medicina, durante os 6 anos de formação, não encontram momentos de reflexão mais profunda sobre a morte. As grades curriculares são insuficientes no tratamento deste assunto. Além disso, não há espaços acadêmicos onde se possa discutir, nem entre estudantes, nem com profissionais mais gabaritados, e quando há, os estudantes não se interessam. Por esses motivos, esses estudantes que tiveram uma formação deficiente nos aspectos que envolvem a morte e o morrer, quando se tornam profissionais, adotam práticas desumanas como a distanásia.

### 5.2.3 A Medicina Moderna e o Perfil Obstinado do Médico

Neste estudo, três dos entrevistados acham que a medicina moderna fabrica médicos obstinados. Existe a necessidade de soluções para todos os processos de saúde-doença, inclusive a morte. Quando não se consegue, o médico tem a sensação de impotência, segundo um de nossos entrevistados:

“Quando se perde uma paciente, dá uma grande sensação de impotência”.(Alexandre)

O rápido progresso técnico-científico pelo qual a medicina está passando, desde a metade do século XX, transformou o estilo de se praticar medicina e as atitudes perante a morte e pacientes em estado terminal, como podemos ver em Pessini:<sup>(29)</sup> Doenças e feridas outrora letais são, hoje em dia, com tratamento adequado, curáveis. Este orgulho de conseguir a cura facilmente se transforma em arrogância e a morte, ao invés de ser vista como o desfecho natural da vida, se transforma num inimigo a ser vencido ou numa presença incômoda a ser escondida. Para vencer a morte, a medicina moderna lança mão de todos os recursos possíveis. A farmacologia moderna e a alta tecnologia empregada na medicina conseguem muitas vezes, garantir a “vida” a pacientes clinicamente sem perspectiva. É o que afirma uma das entrevistadas:

“Então, a distanásia cresceu muito com o avanço biotecnológico da medicina.”(Regina)

Este fato corrobora com as idéias apresentadas por Lima<sup>(30)</sup> que aponta também a gênese da obstinação do médico: o médico, tornado assalariado de um serviço de saúde e partilhando a mesma filosofia que o doente, usa e abusa do poder tecnológico para derrotar a morte inimiga e luta até ao fim, muitas vezes pelo receio de acusação de omissão de socorro. A primazia é dada à conservação da vida e à derrota da doença, passando a pessoa doente para segundo plano. Está estabelecida a lógica da obstinação terapêutica ou tratamento fútil. O protagonista principal é o médico, tendo o doente um papel passivo.

Podemos dizer que a dialética está inerente a própria tecnociência. Uma das explicações para a Distanásia pode encontrar em sua base a superespecialização, peculiar à alta tecnologia, que leva a fragmentação do saber. Este processo acarreta numa distribuição de competências ocasionando a desresponsabilização das decisões. Nos estágios avançados de determinadas patologias, quando a falência orgânica augura um prognóstico bastante desfavorável, a desresponsabilização dos vários especialistas relativamente ao inevitável desenlace pode explicar a manutenção do tratamento.<sup>(31)</sup>

#### 5.2.4 A Religião e seu Papel

A Religiosidade faz parte indissociável da história humana desde seus primórdios. Se sabe que a crença em seres Divinos e espirituais é o que há de mais universal da cultura humana. Existem sociedades sem ciência, filosofia e até sem arte, mas todas tem religião.<sup>(32)</sup> Quando perguntados sobre a influência da religião (de maneira genérica) no processo de distanásia, os indivíduos entrevistados produziram respostas muito variadas, longe de haver um pensamento coletivo concreto acerca do tema. A maior parte dos entrevistados acredita que existe influencia da religião nestas práticas. Cinco dos entrevistados acreditam numa influência positiva da religião sobre os pacientes em estado terminal e os médicos envolvidos, pois ajudaria na aceitação de sua finitude.

“Influencia bastante. Acho que o médico que tem uma religiosidade mais aflorada, acho que ajuda no saber lidar com essa situação.” (Sandra); “As pessoas mais religiosas tendem a aceitar melhor a morte e a encarar o processo como algo mais natural”(Tiago); “[...] Quando se tem uma religião ou uma filosofia de vida, algum entendimento da espiritualidade, isso facilita no aceitamento de algumas situações, e no lidar com os familiares e com o

paciente”.(Lindaaura); A religião ancora o poder de nossos recursos simbólicos para a formulação de idéias analíticas, e esses símbolos religiosos oferecem uma garantia cósmica com o intuito de compreender o mundo e definir os sentimentos e as emoções para suportá-los.<sup>(33)</sup> Alguns dos entrevistados entendem que a influencia pode ser positiva ou negativa a depender da religião. Dois dos entrevistados, apesar de se afirmarem católicos, pensam que os preceitos espíritas favoreceriam uma aceitação melhor da morte. Da mesma forma, um dos entrevistados afirma que religiões orientais abordam a morte de uma maneira mais natural. “Acho que os espíritas lidam melhor”.(Sandra); “Influencia. Pessoas espíritas tem uma visão mais de que a morte é uma passagem que aquele sofrimento pode ser amenizado, e outras pessoas são mais rigorosas com isso.”(Patricia); A morte ocupa lugar central na doutrina espírita, na qual a vida futura deixa de ser uma hipótese e passa a ser uma realidade. A vida e a morte são apenas momentos de um grande percurso por onde o espírito se educa, se aperfeiçoa para se desenvolver cada vez mais suas potencialidades.<sup>(34)</sup> Outras religiões como o Budismo, vêem a morte como algo natural, e por isso, não há porque temê-la.<sup>(35)</sup> Esta afirmação corrobora com a fala de um dos entrevistados: “Depende de qual religião. Tem algumas religiões que compreendem a etapa final de vida como uma coisa inerente a própria vida, inclusive dentro de religiões orientais como budismo, particularmente o tibetano, existe uma naturalidade nesse percurso.”(Sullivan). Na visão de 07 (sete) dos entrevistados, a religião teria um papel importante para que práticas como a distanásia se proliferem nas UTIs. Um dos pontos levantados como causa seria a contraposição da religião a ciência. “Acho que o apego, principalmente, religioso. Entenda como um viés de uma pessoa que não é religiosa e que enxerga na religião um grande percalço. Entendo que a religião influencia quando tenta apagar toda evidencia científica com a esperança que é depositada nesse ou naquele preceito religioso, acho que isso traz mais sofrimento, e para alguns isso é uma necessidade. Você precisa passar por isso, e Deus quer que você passe por isso. E deus quer que você passe por isso, e sofra numa UTI até morrer? Pra mim é complicado, é meio dúbio. Minhas criticas são duras porque acho que isso vai contra o racional científico, eu trabalho com probabilidade. Acho que a religião tira essa nossa clareza da alta probabilidade de, porquê certeza a gente não tem. Acho que o religioso é o principal motivo, além disso, tem a questão cultural, (que eu acho que a religião está por trás, na nossa criação), acho que muito pela concepção religiosa que você deve lutar até o fim, você faz, e traz muito sofrimento para o doente. Nosso ambiente é de muita esperança.”(Laudenor); Outra questão levantada, e que poderia contribuir para que as pessoas optem pelo prolongamento da vida através de medidas fúteis é a visão das

religiões judaico-cristãs sobre a morte, como podemos ver nas seguintes falas. “A igreja católica e evangélica que tem a questão das punições que são mais severas se não segue o caminho...”(Silvio); “Agora a religião judaico-cristã acabou distorcendo valores de vida e morte.” (Sullivan). Apesar desta visão apresentada pelos sujeitos de pesquisa, Monteiro<sup>(31)</sup> afirma que a posição da Igreja católica tem servido de referência a esta temática. Assim, no Catecismo da Igreja católica, pode se encontrar a seguinte alusão: “A cessação de tratamentos médicos onerosos, perigosos, extraordinários ou desproporcionados aos resultados esperados, pode ser legítima.” Assim, podemos identificar que existe a rejeição do excesso terapêutico. Podemos ver também na encíclica *Evangelium Vitæ* (Igreja Católica, Papa João Paulo II. O Evangelho da Vida. Lisboa: Editora Rei dos Livros 1995: 115.), de SS João Paulo II, referência à obstinação terapêutica, afirmando que “se pode, em consciência, renunciar, a tratamentos que dariam somente “um prolongamento precário e penoso da vida.” Refere ainda que “É peremptória ao indicar que “a renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana perante a morte”. Para 04(quatro) dos entrevistados, a religião não tem influencia alguma sobre as praticas de obstinação terapêutica:

“Muito pouco. Não são esses os fatores que levam” (Marçal); “Acredito que há influencia sobre alguns familiares, mas não na minha prática clínica”(Marcos Leitão); “ Não existe influencia”(Iury); “Não acho que seja majoritariamente uma questão religiosa e sim social.”(André Luiz).

### 5.2.5 A Obstinação Terapêutica e Pressões Externas

A maior parte dos entrevistados refere que um dos fatores da obstinação do médico são pressões externas como leis e questões éticas. Além destas questões, pode-se notar que a mídia e opinião pública também tem seu papel.

[...] com relação à restrição para que a gente possa ajudar os pacientes a fazerem uma passagem mais humana, de repente fazer o que a gente chama oficialmente de ortotanásia, você fazer o contrário e você ser exigido pela lei brasileira e às vezes pela opinião pública e pela mídia, exigir que você mantenha um tratamento obstinado, fazer a pessoa que está prestes a encerrar seu ciclo de vida e está em etapa final de vida, me parece que isso é fazer tortura com o indivíduo.(Sullivan).

Apesar de a maioria dos médicos acharem que questões éticas e legais são um empecilho para se impedir que se ocorra distanásia, no final de 2006, o Conselho Federal de Medicina emitiu a Resolução 1.805/2006, que permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal. Porém, quando se fala em leis, percebemos que a norma constitucional brasileira e o Código Civil trazem contradições acerca do papel dos médicos nesse processo. A norma constitucional brasileira afirma que “ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante” (art.5º, III). O novo Código Civil, em seu art.13, expressa que “Salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes”. Ao analisar esta última frase, nota-se que o médico tem o poder de decisão sobre o futuro do paciente, gerando conflito com o artigo 15 cujo texto afirma: “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica”. Todos os entrevistados se reportam às pressões familiares como uma das principais causas de se ocorrer a distanásia, como pode ficar explicitado nas falas: “[...] nosso meio é feito por questões culturais, você prolonga a vida mais por conta da família”(Anderson); “Influencia familiar principalmente..”(Marcos Leitão); “Depende da família, tem opinião muito decisiva. Muitas vezes vc fica esperando que o paciente venha a melhorar, a família não tem consciência, quer que mantenha os aparelhos ligados pensando numa possível melhora.”(Marcos Pedro); “[...] e pra gente que está no embate frente a família no dia a dia, é difícil ir ao contrário..”(Sandra). Monteiro<sup>(31)</sup> afirma que a pressão que os familiares exercem nos médicos é da unidade, no sentido de que se continue a insistir em todas as atitudes terapêuticas. Refere que esta coação é conseqüente a algumas causas como: do desconhecimento da situação médica real; da avaliação arbitrária da qualidade de vida do doente; e do complexo de culpa que alguns sentem em relação ao doente, o qual foi, por vezes, quase ignorado. Esta última causa pode ser encontrada em uma das entrevistas: “Quanto aos familiares, muitas vezes pode estar atrelada a um certo grau de culpa, por não ter feito algo durante a vida daquele ente querido...(Diego)

Nas UTIs, os pacientes são isolados de seus familiares e submetidos a tratamentos com equipes por eles desconhecidas, o que lhes causa ansiedade e angústia. Nessas circunstâncias, não raro, os familiares se encontram desamparados, carentes de informações e sem orientação.<sup>(36)</sup> Portanto, um dos fatores que se torna importante para que a distanásia não aconteça é a comunicação com a família. Este simples fato pode diminuir a angústia familiar e

a desinformação, e assim tornar possível chegar a um acordo com a equipe médica sobre intervenções no paciente, como pensa um dos entrevistados: “A única coisa que a gente precisa do ponto de vista ético é ficar em comum acordo com a família, é os 2 entenderem o doente do mesmo jeito, verem o mesmo desfecho, nós queremos a mesma coisa, queremos que ele seja operado, ou não tem nenhuma proposta terapêutica, é inviável. O aspecto ético precede o comum acordo com a família e a certeza científica. Existe o entrave familiar.”(Laudenor); A comunicação permeia todas as ações nos cuidados, envolvidas no processo de morrer, bem como todas as dimensões do ser humano, e a forma como o profissional se comunica na relação com o paciente e sua família ficará para sempre lembrada. Refletir sobre a comunicação, em um ambiente onde predomina o efetivo, significa o resgate da importância do afetivo.<sup>(37)</sup>

## 6 CONCLUSÕES

A morte não é um fenômeno bem aceito na sociedade contemporânea, fazendo com que se tente evitá-la a todo custo. Para isto, a medicina lança mão de todo seu conhecimento técnico-científico e tecnologia, produzindo muitas vezes terapêuticas distorcidas como a distanásia, promovendo sofrimento de pacientes, dos familiares e dos próprios médicos. Aspectos ligados a não-aceitação da morte, má preparação dos profissionais de saúde no lidar com a morte, e a mudança do local onde se morre para o hospital foram apontados pelos indivíduos entrevistados como os fatores causais importantes na propagação da obstinação terapêutica. Outras questões levantadas pelos entrevistados foram: pressões da família e da mídia e a medicina de alta tecnologia exercendo efeito coercivo sobre as práticas médicas. O papel da religião, para os indivíduos entrevistados, pode ser positivo no momento em que dá conforto espiritual para o paciente e seus familiares, mas pode favorecer a distanásia quando o “sagrado” sobrepõe o saber científico. Nota-se um movimento inicial contra tais práticas. A partir do momento em que o Conselho Federal de Medicina, em seu código, vai contra a distanásia, assim como a própria Igreja Católica, os profissionais tem mais subsídios para evitarem que pacientes tenham sua vida prolongada por tratamento fútil.

Estudos como este são necessários para trazer para academia questões que são pouco abordadas. Porém, é necessário uma melhor formação dos profissionais de saúde no sentido de lidarem melhor com questões como a morte, para que assim se possa diminuir distorções nos tratamentos e tornar a medicina mais humana.

## REFERÊNCIAS

- 1 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
- 2 Moraes WA. Salutogênese e auto-cultivo: Uma abordagem disciplinar: sanidade educação e qualidade de vida. Rio de Janeiro: Instituto Gaya; 2006.
- 3 Gadamer Hans-George. O caráter oculto da saúde. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2006.
- 4 Illich Ivan. A expropriação da saúde: Nemesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
- 5 Magalhães CP, Nascimento AO, Rodrigues CTS, Santos CM. Distanásia: benefício ou malefício na visão dos profissionais de saúde. Anais do 7º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, 2004. Fortaleza: COFEN; 2004. Disponível em: <189.75.118.68/cbcentf/sistemainscricoes/anais.php>
- 6 Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir; 1996. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v4/distanasia.html>>
- 7 Giacoia JO. A visão da morte ao longo do tempo. Disponível em: <[http://www.fmrp.usp.br/revista/2005/vol38n1/1\\_a\\_visao\\_morte\\_longo\\_tempo](http://www.fmrp.usp.br/revista/2005/vol38n1/1_a_visao_morte_longo_tempo). Acesso em: 03 abr. 2006
- 8 Despelder LA; Strickland AL. The last dance-encountering death and dying. 6ª ed. New York: Mc-graw-hill higher education; 2001.
- 9 Caputo RF. O homem e suas representações sobre a morte e o morrer: um percurso histórico. Saber Acadêmico: Revista Multidisciplinar da UNIESP 2008;6: 76-80.
- 10 Incontri D, Santos FS. A arte de morrer: visões plurais. Bragança Paulista: Comenius; 2007.
- 11 Kastambaum R. Psicologia da morte. São Paulo: EDUSP; 1983.
- 12 Aries P. O homem perante a morte. Lisboa: Publicações Europa-América; 1988.
- 13 Cobra RQ. Heidegger: época, vida e obras de Martin Heidegger. 2001. Disponível em: <<http://www.cobra.pages.nom.br/fcp-heidegger.html>>
- 14 Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling-problems and techniques of chain referral sampling. SociolMeth Res 1981;10:141-63.
- 15 Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2007.

- 16 Feuerbach L. Thoughts on death and immortality. Berkeley: University of California Press; 1980.
- 17 Rodrigues JC. Tabu da morte. 2ªed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 260 p.
- 18 Eizirik, CL, Polanczyk, GV, Eizirik, M. O médico, o estudante de Medicina e a morte. Rev. AMRIGS 2000; 44(1/2):50-5.
- 19 Clark V. Educação. In: HOWARTH G, LEAMAN O, organizadores. Enciclopédia da morte e da arte de morrer. Rio de Mouro: Círculo de Leitores; 2004.p. 192-195.
- 20 Gafo J. La eutanasia y lamuerte digna. In: Gafo, J. Bioética teológica. Madrid: UniversidadPontificiaComillas / Editorial DescléeBrouwer;2003. p.257-287.
- 21 Lampert JB. Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil. Rev. Bras. Educ. Médica 2002; 26(2):143.
- 22 Almeida TL, Figurelli, JCR, Almeida CIR, Trindade M, Bandeira FC, Fuzzinatto HAKA. Medida de satisfação dos estudantes de Engenharia Civil da FURG-Ano 2000. In: Anais do 1º Congresso Brasileiro de Ensino de Engenharia; 2001; Porto Alegre: EDIPUCRS; 2001. p. 38-40.
- 23 Quintana AM, Cecim OS, Henn CG. O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de medicina. Rev Bras Ass Med 2002;26(3):204-210.
- 24 Da Nova JLL, Bezerra Filho J, Bastos LAM. Lição de anatomia. Interface Comum Saúde Educ 2000;4(6):87-96.
- 25 Romano BW. A prática da psicologia nos hospitais. São Paulo: Pioneira; 1994.
- 26 Sapir M. La formation psychologique dumédecin. Paris: Payot; 1972.
- 27 Coelho MO.Relação médico-paciente e a morte. [Tese].São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo;c2001.
- 28 Zaidhaft S. Morte e formação médica. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990.
- 29 Pessini L. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. Bioética 2004; 12:39-60.
- 30 Lima C. Medicina High Tech, obstinação terapêutica e distanasia. Medicina Interna 2006; 13(2) 79-82.
- 31 Monteiro Filipe. Ventilação mecânica e obstinação terapêutica ou distanásia, a dialéctica da alta tecnologia em medicina intensiva. Rev Port Pneumol 2006; 12(3).
- 32 Desroche H. Sociologias religiosas. Porto: Editora Rés, 1984.

33 Geertz C. A religião como sistema cultural. In: Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; 1989.p. 102-42.

34 Denis L. Ser, destino, dor. Brasília, DF: Edicel; 1997.

35 Gomes L, Alves VP, Freitas MH, Vianna C. O medo da morte. J brasmed 2006; 90(1/2):48-52.

36 Parada MI, Pérez C, D'Empaire G. El servicio apoyopsicosocialen UCI.:un tema de bioetica aplicada, enlabúsqueda de una mejoratención al paciente crítico. Clínmed HCC 1997; 2(2):127-35.

37 Silva MJP. Falando da comunicação. In: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidado paliativo. São Paulo; 2008. p. 33-43.