

AVISO AO USUÁRIO

A digitalização e submissão deste trabalho monográfico ao *DUCERE: Repositório Institucional da Universidade Federal de Uberlândia* foi realizada no âmbito do Projeto *Historiografia e pesquisa discente: as monografias dos graduandos em História da UFU*, referente ao EDITAL N° 001/2016 PROGRAD/DIREN/UFU (<https://monografiashistoriaufu.wordpress.com>).

O projeto visa à digitalização, catalogação e disponibilização online das monografias dos discentes do Curso de História da UFU que fazem parte do acervo do Centro de Documentação e Pesquisa em História do Instituto de História da Universidade Federal de Uberlândia (CDHIS/INHIS/UFU).

O conteúdo das obras é de responsabilidade exclusiva dos seus autores, a quem pertencem os direitos autorais. Reserva-se ao autor (ou detentor dos direitos), a prerrogativa de solicitar, a qualquer tempo, a retirada de seu trabalho monográfico do *DUCERE: Repositório Institucional da Universidade Federal de Uberlândia*. Para tanto, o autor deverá entrar em contato com o responsável pelo repositório através do e-mail recursoscontinuos@dirbi.ufu.br.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE HISTÓRIA**

**“DESAPARECER NAS PONTAS DOS PÉS”: HISTÓRIA DA
EUTANÁSIA**

Rodrigo Fernandes Moraes Dias

RODRIGO FERNANDES MORAES DIAS

**“DESAPARECER NAS PONTAS DOS PÉS”: HISTÓRIA DA
EUTANÁSIA**

**Monografia apresentada ao Curso de
Graduação em História, do Instituto de
História da Universidade Federal de
Uberlândia, como exigência parcial para
obtenção do título de Bacharel em
História, sob a orientação da Prof^a. Dr^a.
Jacy Alves de Seixas.**

Uberlândia, Julho de 2004.

DIAS, Rodrigo Fernandes Moraes. 1979

“Desaparecer na ponta dos pés”: história da eutanásia

Rodrigo Fernandes Moraes Dias – Uberlândia, 2004

102 fl

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Jacy Alves de Seixas

Monografia – Universidade Federal de Uberlândia, Curso de História.

DIAS, Rodrigo F. M. *“Desaparecer na ponta dos pés”: história da eutanásia.*

Uberlândia: UFU, 2004. 102 p.

Eutanásia – Medicina – Morte.

RODRIGO FERNANDES MORAES DIAS

**“DESAPARECER NAS PONTAS DOS PÉS”: HISTÓRIA DA
EUTANÁSIA**

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Jacy Alves de Seixas - Orientadora

Prof. Dr. Hermetes Reis de Araújo

Prof^ª. Ms. Ivonilda Lemes

Para Gleide, pelo constante apoio e amor expressados no dia-a-dia. A meu pai, onde quer que ele esteja.

A trajetória de uma pesquisa científica é marcada por singularidades inolvidáveis. Os convívios prolongados ou breves com pessoas especiais enriqueceram de forma imensurável o corpo do trabalho e até mesmo a minha maneira de sentir o mundo.

Agradeço a Prof^a. Dr^a. Jacy Alves de Seixas que sem saber, ao aceitar me orientar, fortaleceu a minha decisão de continuar na universidade.

À Prof^a Vilma Marcelino Lima expressei todo o meu carinho pois através dela dei os primeiros passos nos caminhos da História.

Reconheço todo o valor do Prof. Dr. João Marcos Além que com o seu olhar perspicaz conseguiu reanimar-me e impulsionou o desencadear da pesquisa.

Ao Prof. Manoel manifestei minha admiração que me indicou os meios sutis para desvelar os segredos imperceptíveis do espírito.

Alegro-me de ter duas amigas tão especiais, Raquel Mattos e Raquel Tibery, que sempre transmitiram forças afetivas por acreditarem no desenvolvimento da pesquisa.

Demonstro a minha mais plena satisfação de ter um amigo e irmão como o Nildo que nunca deixou de exprimir palavras de apoio e amizade.

À minha família agradeço a Maria Cristina Dias, minha mãe, e a Alice Moraes Dias, minha falecida avó que quando em vida me incentivou a escrever.

Meus sinceros agradecimentos ao secretário da coordenação do curso de História, João Batista, pela presteza e atenção sempre dispensados.

Minha eterna gratidão aos funcionários(as) do Memorial de Medicina da Universidade Federal da Bahia – Vilma Luma Nonato, Francisca da Cunha Santos, Eliane da Cruz Santiago, Saturnino Pinheiro dos Santos (Sr. “Índio”) e Neivinha – pela boa vontade na colaboração de encontrar os materiais da pesquisa.

Agradeço a todos os funcionários(as) da Biblioteca Nacional, da Biblioteca da Faculdade de Humanidades y Ciencias e da Universidad Católica do Uruguai, pelos atendimentos prestados.

Termino agradecendo a todos os participantes do grupo do NEPHISPO pelas ricas discussões travadas nas reuniões.

SUMÁRIO

Introdução.....	09
Capítulo 1. Eutanásia e medicina.....	23
1.1. Crise do saber médico.....	24
1.2. Processo de formação da interioridade médica.....	41
1.3. Eutanásia e eugenia.....	52
1.4. A eutanásia como simulacro.....	55
Capítulo 2. Eutanásia e literatura.....	72
2.1. Eutanasia de Fransisco Imhof.....	73
Conclusão.....	94
Bibliografia.....	97

RESUMO

Problematizar, no campo das sensibilidades políticas, a formulação de uma “questão” em torno da idéia e prática da eutanásia no Brasil, ou seja, como a morte e a eutanásia são construídas *ao mesmo tempo* como “questões” médicas, sociais e políticas. Compreender, assim, como a eutanásia e a intervenção no *corpo* (individual e social) aparecem como uma *questão* (que extrapola as estritas fronteiras médicas) e como é formulada uma legitimidade da (não)intervenção da instituição médica. Neste sentido, compreender, dentro de um contexto histórico preciso (décadas de 1910 a 1930), quais os fatores que possibilitaram a construção dos primeiros discursos médicos brasileiros em torno da eutanásia e seu(s) conteúdos dominantes, buscando entender as relações existentes entre médicos, estudantes de medicina e faculdades inseridos no interior de uma estratégia de poder então em constituição. As fontes documentais privilegiadas nesta pesquisa são alguns artigos da *Gazeta Médica da Bahia* e as teses redigidas pelos estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia. Destas teses serão abordadas especificamente duas: *Da eutanásia nos incuráveis dolorosos* (1928) do médico Ruy Santos e *Da resistência dos estados mórbidos a terapêutica e da incurabilidade perante a eutanásia* (1928) do bacharel em medicina Benjamim Carvalho. Rastrear, sobretudo, a genealogia de um imaginário social sobre a eutanásia, sua dimensão ético-política, suas principais linhas-de-força. A literatura constitui um campo rico em elementos (representações, símbolos, signos) que possibilitará mapear como a eutanásia era sentida e refletida como questão problematizadora. Para isso, será analisada a peça teatral intitulada *Eutanasia* (1928) do uruguaio Francisco Imhof.

INTRODUÇÃO

TESTAMENTO DE RAMÓN SAMPEDRO

Srs. Jueces, Autoridades Políticas y Religiosas:

Después de las imágenes que acaban de ver; a una persona cuidando de un cuerpo atrofiado y deformado – el mío – yo les pregunto: ¿qué significa para Vds. la dignidad?

Sea cual sea la respuesta de vuestras conciencias, para mí la dignidad no es esto. ¡Esto no es vivir dignamente!

Yo, igual que algunos jueces, y la mayoría de las personas que aman la vida y la libertad, pienso que vivir es un derecho, no una obligación. Sin embargo he sido obligado a soportar esta penosa situación durante 29 años, cuatro meses y algunos días.

¡Me niego a continuar haciéndolo por más tiempo!

Aquellos de vosotros que os preguntéis: ¿Por qué morirme ahora – y de este modo – si es igual de ilegal que hace 29 años?

Entre otras razones, porque hace 29 años la libertad que hoy demando no cabía en la ley. Hoy sí. Y es por tanto vuestra desidia la que me obliga a hacer lo que estoy haciendo.

I. Van a cumplirse cinco años que – en mi demanda judicial – les hice la siguiente pregunta: ¿debe ser castigada la persona que ayude en mi eutanasia?

II. Según la Constitución española – y sin ser un experto en temas jurídicos – categóricamente NO.

Pero el Tribunal competente – es decir, el Constitucional – se niega a responder. Los políticos – legisladores – responden indirectamente haciendo

una chapuza jurídica en la reforma del Código Penal. Y los religiosos dan gracias a Dios porque así sea.

Esto no es autoridad ética o moral. Esto es chulería política, paternalismo intolerante y fanatismo religioso.

III. Yo acudí a la justicia con el fin de que mis actos no tuviesen consecuencias penales para nadie. Llevo esperando cinco años. Y como tanta desidia me parece una burla, he decidido poner fin a todo esto de la forma que considero más digna, humana y racional.

Como pueden ver, a mi lado tengo un vaso de agua conteniendo una dosis de cianuro de potasio. Cuando lo beba habré renunciado – voluntariamente – a la propiedad más legítima y privada que poseo; es decir, mi cuerpo. También me habré liberado de una humillante esclavitud – la tetraplegia.

A este acto de libertad – con ayuda – le llaman Vds. cooperación en un suicidio – o suicidio asistido.

Sin embargo yo lo considero ayuda necesaria – y humana – para ser dueño y soberano de lo único que el ser humano puede llamar realmente “Mío”, es decir, el cuerpo y lo que con él es – o está – la vida y su conciencia.

IV. Pueden Vds. castigar a ese prójimo que me ha amado y fue coherente con ese amor, es decir, amándome como a sí mismo. Claro que para ello tuvo que vencer el terror psicológico a vuestra venganza – ese es todo su delito. Además de aceptar el deber moral de hacer lo que debe, es decir, lo que menos le interesa y más le duele.

Sí, pueden castigar, pero Vds. saben que es una simple venganza – legal pero no legítima. Vds. saben que es una injusticia, ya que no les cabe la menor duda de que el único responsable de mis actos soy yo, y solamente yo.

I. *Pero, si a pesar de mis razones deciden ejemplarizar con el castigo atemorizador, yo les aconsejo – y ruego – que hagan lo justo: Córtenle al cooperador/ra los brazos y las piernas porque eso fue lo que de su persona he*

necesitado. La conciencia fue mía. Por tanto, míos han sido el acto y la intención de los hechos.

II. Srs. jueces, negar la propiedad privada de nuestro propio ser es la más grande de las mentiras culturales. Para una cultura que sacraliza la propiedad privada de las cosas – entre ellas la tierra y el agua – es una aberración negar la propiedad más privada de todas, nuestra Patria y Reino personal. Nuestro cuerpo, vida y conciencia. Nuestro Universo.

(A continuación hay unos párrafos de despedida escritos en gallego dedicados a su familia que no se reproducen aquí por respeto a su intimidad)

Srs. Jueces, Autoridades Políticas y Religiosas:

No es que mi conciencia se halle atrapada en la deformidad de mi cuerpo atrofiado e insensible, sino en la deformidad, atrofia e insensibilidad de vuestras conciencias¹.

Qual a atitude a ser adotada quando o clamor pela morte ecoa de lábios agonizantes? Essa indagação tem o poder de provocar um profundo mal estar na sensibilidade individual e, inclusive, as linhas analíticas do reverenciado método racional sofrem profundas perturbações ao propor interpretar, através da lógica, as situações limites, localizadas na polarização genérica entre a vida e a morte, vividas pelos indivíduos.

A carta testamento do espanhol Ramón Sanpedro é emblemática, porque representa os interesses dos movimentos em defesa da eutanásia, pois levanta os principais pontos de discussões – morte sem sofrimento, suicídio assistido, dignidade de viver, liberdade, direito de morrer. A introdução destas noções é fundamental para que todos reflitam sobre os significados da eutanásia independente da conduta ética adotada por cada indivíduo.

Atualmente, as discussões sobre a eutanásia continuam sendo extremamente polêmicas. Os grupos defensores da vida são contra qualquer prática de eutanásia e

¹ CARTA Testamento de Ramón Sampedro. [online]. Disponível: <www.eutanasia.ws>.

pautam a crítica com dois argumentos fundamentais: primeiro, a vida é concebida como um bem sagrado (sacralidade da vida); segundo, a vida é entendida como um direito natural. Os grupos defensores da eutanásia levaram a discussão para o campo do Direito; na tentativa de abrir novos espaços para a definição do direito da pessoa, ou seja, a eutanásia passa a ser compreendida como direito de morrer através do *consentimento*. Há várias classificações sobre a prática da eutanásia, contudo, aqui exporei somente algumas definições. Primeiro, *eutanásia ativa e voluntária* é quando o paciente terminal deseja e provoca a morte através da ação de terceiros, em geral, médicos; segundo, *eutanásia passiva* ocorre quando não se inicia a ação médica (por ser considerada fútil) ou a interrupção do tratamento com a meta de diminuir o tempo de sofrimento; e por último há situações em que a decisão de praticar a eutanásia não é feita pela própria pessoa que sofre as dores mas por terceiros, pois não têm condições de expressar opinião – esses casos são denominados de *eutanásia não voluntária*. Normalmente, são casos de bebês que nascem com más formações que afetam todo o desenvolvimento orgânico ou sofrem algum acidente. Os casos de *eutanásia não voluntária* efervescem as controvérsias em torno do tema.

A incorporação de uma postura racionalista na pesquisa produz o risco de se passar ao largo das paixões, dos afetos, do sensível. Desde a década de 60, vários trabalhos historiográficos apontam para a importância dos historiadores em incrementar nas pesquisas as análises interpretativas das paixões por apresentarem novos caminhos às indagações elaboradas; indagações que não eram respondidas pelo corpus teórico das teorias predominantes². Percebe-se que o calor dos debates, em torno da problemática proposta neste trabalho, é oriundo da exteriorização das forças próprias das paixões e dos sentimentos. As paixões têm a propriedade de tecer uma rede de opiniões complexas³. Esse atributo não é de exclusividade da razão. Uma das finalidades deste trabalho é ressaltar os modos como as paixões foram sentidas, traduzidas, manuseadas, mascaradas, expostas, ocultadas pelos processos de formação de uma subjetividade médica; restringida ao campo da medicina brasileira.

² Ver: ANSART, P. História e memória dos ressentimentos. In: BRESCIANI, Stella (org.) *Memória e (res)sentimento: indagações sobre uma questão sensível*. Campinas: Editora Unicamp, 2002.

_____. Das identidades de ofício à identidade de classe: um devir paradoxal? (1820-1848). In: SEIXAS, Jacy. A.; BRESCIANI, M. S.; BREPOHL, M. (orgs). *Razão e paixão na política*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2002. pp. 199-215.

³ Ver: NIETZSCHE, Friedrich. W. *Humano, demasiado humano: um livro para espíritos livres*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

Quando se discute a eutanásia uma questão corriqueira e pertinente é colocada: o que fazer diante uma situação em que o paciente terminal deseja e implora o término de sua vida para encerrar os longos períodos de dores? As linhas teóricas da bioética – utilitarismo, princípalismo, ética de intervenção – entendem, de modo geral, que essa situação exige respostas práticas e bem definidas, claro que de acordo com as teorias defendidas por cada segmento. Talvez os leitores esperem e anseiem que este trabalho desenvolva argumentos éticos que definam quais as posturas mais adequadas perante as situações em que a eutanásia está em jogo.

Desde o princípio, o desenvolvimento de teorias acerca de questões éticas não foi posto como objetivo. Alguns podem argumentar que os estudos sobre eutanásia exigem uma postura do pesquisador sobre a prática em questão, ou seja, se é certo ou errado. Este tipo de pergunta feita repentinamente, na maioria dos casos, extrai respostas superficiais como: concordo ou não concordo. Não se pretende estipular regras e condutas sobre os modos de agir – inúmeros trabalhos éticos e bioéticos já descreveram quais os comportamentos mais adequados no caso de um paciente terminal pedir a eutanásia. A preocupação predominante desta monografia reside-se em estudar, principalmente, como a eutanásia foi problematizada como questão importante de discussão pela medicina brasileira e na literatura.

Durante o processo de criação da monografia evitou-se empregar expressões que personificassem a morte, tal como: “a face da morte”. Estas imagens pouco explicam a dinâmica dos fenômenos relacionados com a vida e com o término do viver. A vida e a morte não serão entendidas como entidades distantes dos homens que determinam o destino de cada indivíduo presente na esfera social. A chamada vida será traduzida como modos de viver que embarcam variantes que são caracterizadas pelo se sentir no mundo e o agir no mundo – o mundo é nada mais do que as transformações no interior das subjetividades, os embates nas relações concretas, exteriores ao sujeito social e a estruturação e desestruturação nas pontes que interligam a interioridade com a exterioridade; sem concebê-las como entidades homogêneas e isentas de contradições, de conflitos.

Seguindo o conceito de viver, a morte não será imaginada e compreendida como uma entidade personificada. A morte não possui uma face que lhe seja característica. Essa chamada face nada mais é do que o jogo entre os símbolos do morrer com os

modos de viver. Os sujeitos sociais lêem o término do viver tendo como base os símbolos do morrer – específicos do contexto cultural e simbólico da sociedade em que interagiu o indivíduo –, apropriados e reelaborados durante a existência social do sujeito. Os signos do morrer se distanciam e se aproximam dos modos de viver num jogo em que os limites, entre o viver e o morrer, são retraçados, no qual resultam novas formas do indivíduo interpretar e explicar os fenômenos sociais. Essas novas delimitações não atingem somente o campo lingüístico e discursivo, possibilitando a emergência de novos espaços para a criação de significados. Os jogos entre os símbolos do morrer e os modos de viver alteram o sentir dos sujeitos sociais, diante as experiências sociais e as expectativas do morrer, criando medos, renovando temores, aumentando esperanças, suprimindo desejos. Por fim, os sentimentos são os primeiros a serem transformados. A discussão da eutanásia não está isolada desta dinâmica, ao contrário, os símbolos do morrer afetam diretamente as emoções dos sujeitos e, conseqüentemente, se estruturam um modo de se portar e agir diante da finalização do viver, nos casos de pacientes terminais.

FUNDAMENTAÇÃO E METODOLOGIA

Minha dor é perceber que apesar de termos feito tudo que fizemos nós ainda somos os mesmos e vivemos como nossos pais (letra de Belchior). Coloco esse inspirado verso como um contraponto ao provérbio árabe citado por Marc Bloch: *Os homens se parecem mais com sua época do que com seus pais*⁴. A partir desses dizeres é possível extrair reflexões complexas sobre a História. Há elementos que possibilitem conceitualizar a natureza ou as naturezas dos fenômenos históricos?

No olhar de Bloch a ampla compreensão de um fenômeno histórico – resultado de atos dos homens no tempo e nas especificidades e relações das estruturas coletivas (psicológicas, econômicas, políticas, culturais, simbólicas etc) – somente se realizará com o entendimento do momento em que está inserido. Contudo, tanto o momento e o fenômeno histórico não estão completamente isolados das influências de outros

⁴ BLOCH, Marc. *Apologia da história ou o ofício de historiador*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. p. 60.

fenômenos, não exclusivamente históricos, anteriores, que não precisam ser identificados como causas. O verso do início do texto pode ser relacionado com o conceito de longa duração, ou seja, apontam para certas características particulares das estruturas que se modificam num ritmo lento. Portanto, o tempo histórico é composto, para Bloch, do movimento pendular entre o momento e a longa duração, visando abolir dos estudos históricos a idolatria aos *ídolos das origens*.

Foucault ressalta a importância da análise dos acontecimentos, porém, em hipótese alguma, se podem generalizá-los como semelhantes entre si ou que provocassem os mesmos efeitos. O entendimento dos acontecimentos se desenvolve no interior das relações de forças – que para Foucault são relações concretas e materiais – e na análise apurada dos diferentes efeitos resultantes dos atritos nas redes de forças relacionadas com as esferas institucionais, ou seja, através do método da genealogia, que se contrapõe à busca das origens.

O historiador possui as condições – instrumentais, analíticas e sensíveis – suficientes para explicitar com clareza e precisão as causas que geraram um fenômeno histórico, ou mesmo os “efeitos bélicos”? As causas e os efeitos, ao se tentar buscá-los através de artifícios metodológicos, não se perdem na vastidão dos signos oferecidos pelos múltiplos registros históricos?

Nos anos 60, era imprescindível para Foucault delimitar o estatuto político de suas pesquisas para nortear os recortes – temático, cronológico e teórico. Aliás era uma exigência da *intelligentsia* da época – os intelectuais marxistas eram predominantes e determinavam o valor político das temáticas a serem analisadas, pois acreditavam que detinham a “verdade” absoluta e universal. Claro que Foucault deu um contorno diferente à explicação do político e isso é um legado respeitável para as alterações atuais sobre as questões teórico-metodológicas, entretanto, há um ponto anterior a ser enfatizado. A primeira pergunta de extrema relevância para as iniciais definições dos recortes da pesquisa é de interrogar quais são as inquietações *sensíveis-criativas* do pesquisador. Perscrutar por possíveis ou múltiplas respostas a esse questionamento não é uma tarefa fácil para o historiador – a dificuldade é maior para os estudiosos que são formados em culturas que privilegiam a racionalidade como princípio fundamental nas análises científicas – porque exige do pesquisador uma sensibilidade refinada. O historiador precisa vestir a pele do artista. Após os primeiros passos em direção a

responder essa pergunta é que faz sentido em se questionar o valor político-intelectual da pesquisa.

Aqui, novas questões se apresentam, de alcance histórico e historiográfico: como proceder para desconstruir esses discursos, e construir novos sentidos que nos auxiliem na compreensão da eutanásia enquanto realidade/representação e, por isso mesmo, fator das mentalidades e sensibilidades sociais e políticas contemporâneas? Hoje, também vivemos em um mundo construído por discursos e representações, a “realidade” ou o “fato” histórico não chega a nós por outro caminho a não ser aquele fabricado pelas representações sociais e seu constante jogo de apropriações e circularidade⁵.

Impõe-se, portanto, a tarefa de colocar frente a frente os discursos sobre a morte e a eutanásia dominantes na primeira metade do século XX – vigentes em um mundo “formatado” em representações, em constante movimento e transformação – considerando atentamente que os embates entre estes múltiplos discursos possibilitarão a apreensão das várias relações de forças. Este mundo já representado e catalogado em que vivemos não é entretanto estático, mas se apresenta pautado por movimentos mais ou menos lentos, transformações e rupturas, que acontecem precisamente sob o impulso das apropriações destas mesmas representações efetuadas pelos sujeitos históricos. Portanto, pesquisar a morte no Brasil, através da temática da eutanásia nos meios médicos, significa fundamentalmente rastrear uma sensibilidade social e histórica em constituição, que perpassa o território da ética e da política e serve de base à significação mesma da cidadania em nosso país e à configuração dos espaços reservada à esfera pública e privada.

As discussões, em geral, sobre eutanásia no interior das instituições são cercadas pelas explicações lógicas. No entanto, para um melhor entendimento sobre as leituras elaboradas sobre a eutanásia é imprescindível compreendê-la inserida no campo das sensibilidades. Afinal, a prática da eutanásia está diretamente vinculada às paixões subjetivas dos indivíduos.

É notória a importância dos escritos de Foucault – será o intelectual privilegiado nessa fase de produção monográfica – para o aprofundamento teórico da temática em questão. Os conceitos cunhados por ele sobre a institucionalização relacionada com a

⁵ CHARTIER, Roger. *A história cultural: entre práticas e representações*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990.

produção de saberes e sobre os efeitos de verdades, mais a inserção do processo de subjetivação, ajudarão a fundamentar os instrumentos teóricos básicos para o desenvolvimento da análise crítica. O enfoque dado ao tema da eutanásia não a desvincula dos conflitos internos de saberes e a produção de verdades que fundamentarão exercícios de poderes, entretanto, pretende-se compreender como as subjetividades sensíveis dos sujeitos históricos estão inseridas nesse processo de articulação de efeitos de verdades.

O historiador não difere fundamentalmente do detetive (esta comparação afasta-se da intenção de estipular alguma hierarquização entre os campos de saberes) – lição magistral dada por Carlo Ginzburg, retomando velhos ensinamentos de Marc Bloch –; ele vive no passageiro presente que já é passado. Lança-se na procura de pistas, sinais, símbolos, significados de um passado que ainda não foram apagados. Irá atrás de fontes remanescentes que lhe sirvam para desvendar o “não-dito” e assim compreender o que está à procura. Muitas vezes o historiador constrói um corpus documental que estava oculto pela manipulação deliberada dos sujeitos históricos e pelas relações de poder. Esta reconstrução dependerá fundamentalmente da subjetividade do pesquisador e de seu rigor metodológico na utilização do instrumental conceitual colocado a sua disposição pela historiografia.

Assim, toda investigação historiográfica buscará apoios (Marc Bloch falou, a respeito, da importância dos instrumentos de pesquisa obtidos da interdisciplinaridade que oferecem sustentação à pesquisa histórica) em referenciais conceituais variados e adequados ao objeto de pesquisa e às problemáticas que o norteiam. Esse cuidado e preceitos metodológicos não significam, no entanto, a filiação isenta de crítica a quaisquer paradigmas teóricos, sobretudo a sistemas conceituais mais ou menos ideologizados. Deste modo, a abordagem aqui privilegiada evitará escolher à priori um *único caminho*, pois uma pesquisa existe para abrir novas possibilidades de interpretações⁶.

A pesquisa será direcionada pela compreensão e interpretação da prática da eutanásia no meio científico brasileiro, especialmente na área médica. Entre os anos de 1910 e 1930, a Faculdade de Medicina da Bahia, do Rio de Janeiro e de São Paulo constituíam-se em instituições que divulgavam o pensamento médico pelo país. Estas

⁶ GINZBURG, Carlo. *O queijo e os vermes*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

faculdades eram os espaços dos intelectuais médicos brasileiros, que participavam de discussões, palestras, seminários, pesquisas e várias outras atividades voltadas para a construção do saber médico. Teses sobre a eutanásia e sobre a morte foram, então, elaboradas por estudantes de medicina destas instituições de ensino – no século XIX até meados dos anos 30, a monografia para o bacharelado era denominada de tese. Portanto, as teses – por uma questão de praticidade será usado durante o trabalho o termo tese – produzidas dentro do corte cronológico acima citado (corte temporal aqui privilegiado) serão as principais fontes documentais desta pesquisa. Essas obras expressam o entendimento de determinado grupo social (médico) em relação ao assunto proposto por este projeto.

São livros e artigos ricos em representações relativas à morte, aos significados do corpo *sano* e doente, à eutanásia, àquilo que constitui o “saudável” e o “patológico” em uma sociedade. Todos esses discursos ao serem elaborados sofreram obviamente influências do meio “externo” ao pesquisador, ou seja, das representações e imagens dominantes, da mesma forma que atuaram/interviram em sua instituição, tanto no plano das políticas médicas quanto no plano das sensibilidades coletivas.

O corte cronológico será fixado entre 1910 e 1930 porque se caracteriza por ser um período de intensa intervenção médica na sociedade brasileira. O médico tornou-se responsável na construção de sistemas de controles que impedissem a degeneração da “raça”. Nessa época, fomentaram-se discussões e debates que discutia o papel do médico na sociedade⁷.

As teses são fundamentais para que possamos compreender a construção do discurso médico em torno das representações da eutanásia e da morte. Fiz um parcial levantamento das teses no Memorial de Medicina da Universidade Federal da Bahia, em Salvador. O Memorial de Medicina da UFBA é localizado no Terreiro de Jesus. Neste edifício funcionou a Faculdade de Medicina da Bahia e suas primeiras estruturas foram erguidas pelos jesuítas nos séculos XVI e XVII. Durante as três semanas de pesquisa (29/04/2002 até 17/05/2002) pesquisei neste arquivo.

Encontrei teses importantes – muitas foram com a ajuda e orientação dos funcionários do Memorial – para a pesquisa que demonstram o interesse dos médicos,

⁷ Ver: SCHAWARCZ, Lilia M. *O espetáculo das raças*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
COSTA, Jurandir F. *Ordem médica e norma familiar*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

daquele período, pela temática da eutanásia e da morte, são elas: *Da euthanasia dolorosa* (SANTOS, Ruy. Bahia, 1928), *Da resistência dos estados mórbidos á terapeutica e da incurabilidade perante a eutanásia* (CARVALHO, Benjamim. Bahia, 1928), *Introdução ao estudo da agonia* (LIMA, Estácio de. Bahia, 1921), *A morte* (SAMPAIO, Diogenes de Almeida. Bahia, 1906). As teses, acima, serão as fontes históricas privilegiadas pelo recorte temático proposto.

No entanto, não selecionei unicamente os materiais com referência direta às temáticas da eutanásia e da morte. Após o término do recolhimento das teses de maior relevância à pesquisa, decidi reunir mais material sem a restrição temática colocada pela pesquisa. Portanto, tive acesso a discussões sobre eugenia, deontologia médica, relação ente medicina e filosofia, a importância da fotografia como instrumento médico, operação cesariana, o envolvimento da medicina com o direito penal, teorias raciais, medicina e educação, teorias evolucionistas etc. Estas fontes não serão descartadas, somente, porque não estão inseridas no recorte, cronológico, temporal e temático, privilegiados. O uso destas fontes será imprescindível para a articulação das idéias esboçadas por meio das problematizações, pois na História não existem temas isolados.

As variabilidades temáticas das teses possibilitarão cruzamentos com o tema da eutanásia, fornecerão elementos para traçar os “perfis” das discussões discursivas e ajudarão a visualizar os possíveis processos de transformações teóricas no interior da instituição médica.

A impossibilidade de copiar os documentos e, através de qualquer meio reprodução (xérox e scanner), o pouco tempo disponível de permanência na cidade; fizeram-me optar em ler e gravar as teses, por meio de um gravador⁸. Com esse procedimento obtive o conteúdo de 26 teses que resultou no total de 33 horas de gravação. A temporalidade cronológica desses materiais abrange um período de 76 anos, desde de 1853 até 1929.

As revistas médicas – *Gazeta Médica da Bahia* e *Brasil Médico* – são importantes documentos históricos para a pesquisa porque também expressam com periodicidade as opiniões sobre várias temáticas. Realizei uma parcial pesquisa na Biblioteca Estadual da Bahia no setor de obras raras. Nesse setor tive acesso a

⁸ O método escolhido é resultado da falta de políticas governamentais em relação aos arquivos.

exemplares de jornais e revistas médicas. Infelizmente vários números estavam faltando em todas as coleções, mesmo assim encontrei alguns materiais, referente à temática da eutanásia, da eugenia e da deontologia médica. Citarei as fontes as quais tive contato: *Almanach Médico Brasileiro* (1925), *Almanach e Manual da Saúde* (1867; 1871 até 1880), *Annaes da Academia de medicina do Rio de Janeiro* (1897), *Archivo da Faculdade de medicina* (1917, 1919, 1923), *Archivo Brasileiro de Medicina* (1911-1912, 1940 até 1951), *Gazeta Médica do Rio de Janeiro* (1862 até 1864, 1976), *Revista Bahiana de Medicina* (1922-1924) e *Gazeta Médica da Bahia* (1866 até 1930). Vale ressaltar novamente que as coleções não estão completas porque a Biblioteca Estadual da Bahia adquiriu grande parte desse acervo através de doações ou troca de exemplares com outras instituições.

A obra literária *Eutanasia* de Francisco Imhof (1928) é outra fonte históricas privilegiada na pesquisa. O interesse pela leitura e análise de obras literárias que tivessem como tema central à eutanásia, esteve presente desde o principio da elaboração do projeto. No entanto, não possuía nenhuma referência bibliográfica de livros literários referentes à temática, por isso, o campo analítico sobre eutanásia/literatura foi temporariamente afastado.

O primeiro capítulo introduzirá o contexto histórico de inserção da imagem do profissional médico na conjuntura política e social brasileira. A consolidação da função social da medicina, como interventora do espaço da saúde pública e do organismo individualizado, não esteve eximida de intensos atritos com grupos sociais e instituições públicas. A estruturação de estratégias que visavam a intervenção devia expor as positivities decorrentes da aplicação das práticas médicas no corpo coletivo. Os médicos ansiavam demonstrar as vantagens incalculáveis que o saber deste campo poderia produzir para a sociedade brasileira.

Em seguida, no mesmo capítulo, discorrerei sobre a crise da linguagem e do discurso médico, na década de 20. Será coincidência o aparecimento de uma certa explosão discursiva sobre a eutanásia exatamente no período de pessimismo das instituições médicas, principalmente na Faculdade de Medicina da Bahia? Coloco a seguinte hipótese para os pontos acima referidos: a idéia de que a discussão sobre a

eutanásia, surgida em meados da década de 20, não pode ser compreendida como somente uma preocupação centralizada no indivíduo que passa por uma situação de morte terminal, vai além da noção de direito de morrer ou de direito de viver. *O discurso sobre eutanásia põe em evidência os limites discursivos da linguagem médica.* Os territórios da linguagem precisaram ser remarcados. As naturezas dos discursos médicos entraram em atrito com as suas fronteiras. Fronteiras que foram delimitadas pela própria linguagem médica e pelos signos do morrer. O território do corpo humano revela novamente suas profundezas, já que através das disciplinas anatômicas, formadas no século XIX, acreditava-se que se havia mapeado todo o corpo orgânico e, conseqüentemente, as doenças estariam totalmente espacializadas e as funções localizadas. Isto não quer dizer que os médicos estavam de frente aos “mistérios da natureza” (expressão muito vaga), mas estavam frente a frente com a dificuldade da linguagem médica de nomear o indizível, tanto no âmbito do corpo anatômico como no do corpo social.

Em continuidade ao capítulo examinarei com minúcia os processos de constituição da subjetivação médica. A interioridade do médico não era concebida como igual às demais subjetividades. As formas e os modos de interiorização das virtudes morais (representações historicizadas) introjetadas em si mesmo (médico) deveria distinguir-se dos processos de subjetivação dos políticos, dos advogados e, principalmente, dos indivíduos pertencentes aos grupos sociais considerados inferiores. A imagem do médico exprimiria condutas impecáveis e fora do alcance dos indivíduos vistos como comuns ou incapazes de desenvolver determinados grupos de virtudes.

O segundo capítulo tratará da relação entre eutanásia e literatura. A literatura é um espaço “aberto” onde se movimentam as representações do imaginário social. Uma obra literária foi eleita como objeto de análise desta monografia: *Eutanasia* (1928) de Francisco Imhof. É uma peça teatral uruguaia na qual são abordados diversos pontos sobre a prática da eutanásia perpassando por questões sensíveis (paixões e sentimentos), científicas (psicologia e medicina) e religiosas (espiritismo e catolicismo).

Os pontos distintos levantados em cada capítulo permitirão o tecer de contrapontos entre as formas de se problematizar e conceber a eutanásia. A partir do momento em que temos diante de nós a possibilidade de entendermos e visualizarmos com maior profundidade os múltiplos aspectos intrínsecos na elaboração e composição

da eutanásia como objeto de problematização, discorreremos com mais segurança os argumentos sobre um tema tão sensível.

CAPÍTULO I: EUTANÁSIA E MEDICINA

Quando, como e de que formas a eutanásia foi transformada em objeto de problematização da ciência médica? A eutanásia colocada como tema relevante nas discussões médicas é um fenômeno histórico recente. Até meados do século XIX, as discussões em torno desta temática eram motivadas pelas preocupações filosóficas de diversos pensadores – os epicuristas gregos, Francis Bacon, Morache, Thomas Morus. Contudo, o final do século XIX e início do século XX presenciou a multiplicação dos discursos, de várias áreas do saber, principalmente da medicina e do direito, que delimitaram como questão de análise a prática da eutanásia. Em distintos países – Uruguai, Rússia, Alemanha, Tchecoslováquia, Peru e Estados Unidos (Estado de Ohio) – a eutanásia concebida como direito de morrer difundiu-se na esfera pública e no campo político.

Quais foram os elementos históricos que confluíram na composição do debate da eutanásia no âmbito da medicina brasileira? A relação medicina/eutanásia não pode ser compreendida somente como uma preocupação centralizada no indivíduo que passa por uma situação de morte terminal – uma leitura restrita ao campo jurídico. Vai além da noção de direito de morrer ou de direito de viver. Os argumentos gerados pela dicotomia entre o querer viver e o querer morrer não podem ser entendidos por si mesmos. Nessas discussões se “escondem” problemáticas que apresentam outros pontos fundamentais para compreender como os grupos médicos elegeram a eutanásia como tema de estudo.

Entender o processo de inserção da eutanásia no interior do discurso médico implica percorrer, em primeiro lugar, outras problemáticas. Em primeiro lugar, é necessário rastrear as trajetórias históricas percorridas pelos médicos para se inserirem na sociedade como um corpo institucional responsável pelo cuidado, através das técnicas de intervenções, social e político da saúde pública, do corpo orgânico e inclusive da alma do paciente. O adentrar da figura médica na sociedade enfrentou uma série de oposições. A coletivização da medicina, quando se associa ao Estado governamental para controlar a saúde pública da população nacional, proporcionou as estruturas necessárias para que o profissional médico controlasse e preservasse a vida de

cada indivíduo social. Segundo, será preciso abordar os processos de formação da subjetivação médica. A subjetividade médica era vista como bem distinta das outras formas de interioridades. A constituição do indivíduo como profissional médico exigia a introjeção *em si* de valores morais. Coragem, paciência, prudência, caridade são algumas das representações que exerciam o papel de formação *de si*. Compreender o processo da formação da subjetividade médica é importante, pois, a partir da instituição de determinadas posturas, o médico teve condições de se orientar nos debates sobre questões públicas e, principalmente, sobre o problema da eutanásia.

CRISE DO SABER MÉDICO

A medicina brasileira, na segunda década do século XX, deparou-se em uma crise profunda que estremeceu os pilares do saber médico. Esta crise afetou desde a sólida metodologia de análise clínica até as políticas sociais de intervenção médica. Antes de se adentrar nas explicações deste acontecimento histórico da desestruturação do conhecimento médico, é preciso explicitar alguns apontamentos.

As teorias médicas tinham como referencial teórico os estudos perpetrados pelas escolas européias. Entretanto, os conteúdos das teses produzidas na medicina brasileira não podem ser entendidos como meras cópias das teorias criadas no meio europeu. Isto significaria um reducionismo interpretativo, pois ignoraria, por antecipação, as diferenças sutis que caracterizaram o teor das teses brasileiras. Os médicos brasileiros liam e estudavam as teorias estrangeiras, entretanto, muitas análises e aplicações sugeridas nessas obras se revelavam impraticáveis no contexto brasileiro. Dessa forma, os profissionais médicos reelaboravam os saberes das ciências européias, levando em consideração as especificidades da conjuntura brasileira. Com a reelaboração do campo teórico, os médicos se viam na obrigação de estruturar novos instrumentais que demonstrassem a aplicabilidade e eficácia das teorizações.

A medicina, do final do século XIX, para diagnosticar as doenças orgânicas desenvolveu um intrincado conjunto de teorias e procedimentos para definir com precisão as origens, as causas, o desenvolvimento, os sintomas, as formas de tratamentos de cada doença. O acúmulo desses compêndios descritivos de cada doença

foi fruto de longas observações, análises, controles, anotações e experimentos que propiciaram a formação de saberes em torno das problemáticas ocasionadas pelas doenças.

A terapia era defendida como o recurso médico fundamental para combater o avanço da doença no organismo. Os procedimentos e as etapas da terapia somente eram estipulados, a partir, do momento em que o médico tivesse certeza absoluta sobre o diagnóstico da doença. O olhar médico deveria percorrer todos os detalhes relevantes para definir com precisão e exatidão todo o quadro da moléstia.

Carvalho, na tese *Da resistência dos estados mórbidos da terapêutica e da incurabilidade perante a eutanásia*, discorre sobre os quatro tipos de diagnósticos necessários para estipular o encadeamento de uma terapia segura e eficiente, são eles: o diagnóstico clínico, o diagnóstico funcional, o diagnóstico anatômico e o diagnóstico etiológico. Analisar uma doença específica por meio de um único tipo de diagnóstico aumentaria os riscos de se cometer um grave erro médico. Portanto, era aconselhado ao médico sempre ter estes procedimentos como prioridades ao entrar em contato com o paciente, principalmente, se era a primeira vez. O diagnóstico clínico tem como função indicar a doença que assola o corpo; o diagnóstico funcional procura identificar como está o andamento das funções dos órgãos durante o período da moléstia; o diagnóstico anatômico esquadrinha o corpo em busca de lesões ou das localizações e avanços espaciais das doenças no corpo; e, por último, o diagnóstico etiológico que busca as origens e causas das doenças.

A semiologia era considerada uma ciência de apoio para a medicina, pois, através dela, os médicos interpretavam os signos de cada doença. Febre, tosse, inflamação, inchaço podiam indicar determinado tipo de doença. No entanto, estes mesmo signos poderiam ser os sintomas de outra doença. Daí a dificuldade enfrentada pelo médico de se pautar unicamente na interpretação dos sintomas.

Todas as formas de diagnóstico pressupunham o desenvolvimento e confirmação de expressões lingüísticas específicas, que agregadas num todo, configuravam a linguagem médica. Os elementos do corpo orgânico eram nomeados e descritos com minuciosos detalhes que não escapavam do olhar médico. Tudo era escrito. Nada poderia ficar sem um nome. O acúmulo desse conhecimento transformou-se no

sustentáculo das ações médicas de intervenção no corpo. Os distúrbios em qualquer região do organismo eram passíveis de vigilância e controle.

Contudo, nem tudo se compreendia. Alguns agentes patogênicos criavam uma série de fenômenos orgânicos inexplicáveis pelo saber médico. A linguagem médica encontrou dificuldades em descrever e explicar o processo de origem e de ação de certas doenças. Essas doenças desorientaram, totalmente, a estrutura do conhecimento médico. Primeiro, porque não se entendia toda a trajetória de evolução da doença; segundo, a imensa dificuldade em nomear algo que não era compreendido e dominado. Em conseqüência, todas as formas de terapia se tornavam inúteis. O desconhecido conseguia, em determinado momento desarticular as formas da linguagem médica. Toda vez que o inominável punha em xeque e explicitava os limites do saber médico, os signos do morrer se aproximavam e mostravam todas as suas forças. Portanto, o inominável e os signos do morrer são indissociáveis.

A dificuldade lingüística criou certas condições para que a medicina caminhasse a uma crise metodológica e cognitiva. A não compreensão de certos fenômenos mostrava a fragilidade discursiva dos médicos em constituir um discurso explicativo que justificasse a ausência de um tratamento eficiente. Isto foi tão problemático para a ordem médica que críticas surgiram no sentido de expor a ineficácia das pesquisas e dos instrumentais médicos de definir os caracteres de determinadas doenças. Carvalho entende o sentimento de insatisfação contra a medicina, significando a percepção que certos indivíduos tiveram da crise do saber médico, como uma zombaria injustificada: *declara-se zombeteira a falência dos recursos terapêuticos racionalmente concebidos e perfeitamente aplicados*¹.

A palavra falência transmite bem a sensação sentida na época sobre a capacidade da medicina em resolver os problemas terapêuticos através de métodos racionais. Carvalho organiza sua tese com o intuito de desmentir a idéia de que a ciência médica estaria passando por uma fase de crise, pelo contrário, afirma que o sistema metodológico estava tão firme como sempre esteve. Ele aponta uma lista de indivíduos e de acontecimentos orgânicos responsáveis pela grande quantidade de erros médicos e de equívocos terapêuticos que facilitavam a chamada resistência dos estados mórbidos.

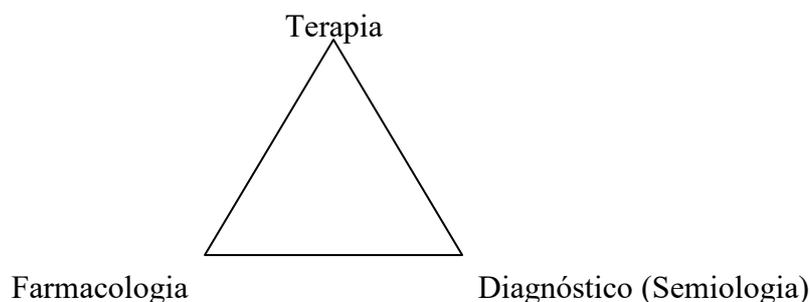
¹ CARVALHO, Benjamin Alves de. *Da resistência dos estados mórbidos a terapêutica e da incurabilidade perante a eutanásia*. Tese. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia, Tipografia Araújo, 1928. p. 01.

Tendo como base a tese *Da resistência dos estados mórbidos da terapêutica e da incurabilidade perante a eutanásia* de Carvalho será indicado o raciocínio do autor para se entender os argumentos apresentados para justificar a resistência de determinadas doenças que não aceitavam os esforços terapêuticos tradicionais empregados.

Carvalho começa a tese exibindo uma fórmula que, se bem empregada, resultaria no planejamento de um processo terapêutico eficaz para cada caso específico de moléstia, olhemos o que ele tem a dizer:

Sempre que a terapia ajustada a dado estado mórbido é alicerçada em diagnóstico insofismável, e sempre que este é possível baseada em meios semióticos perfeitos, na grande maioria das vezes, esta terapia farta do conhecimento farmacodinâmico dos agentes remediadores, origina êxito feliz².

O estado mórbido é tratado, somente de uma forma, através da terapia – vale observar que o autor não usa a imagem tradicional de combate, ao invés, ele diz em ajustamento entre a terapia e a doença. A montagem de cada terapia deveria se encaixar com perfeição em uma dinâmica orgânica capaz de eliminar do corpo a moléstia. Para isso, Carvalho orienta sobre a importância: primeiro, do médico dispor de um profundo conhecimento dos tipos de diagnósticos para uma definição precisa da doença em jogo; segundo, de dominar o estudo da semiologia para interpretar os signos das doenças, e; terceiro, de ter a farmacologia como uma ciência de apoio para saber quais são os efeitos das substâncias medicamentosas. Para uma melhor visualização desenhei um triângulo dessa fórmula para compor a terapia adequada:



² Idem. p. 01.

O triângulo acima é a estrutura básica para a constituição de uma terapia eficaz. Neste esquema geral duas áreas do conhecimento aparecem como suportes, mais relevantes, para a terapia: a farmacologia e a semiologia. Isto ajuda a entender que o conhecimento médico não estava isolado. A formação do saber médico ocorreu com a interdisciplinariedade de instrumentais entre a medicina e demais ciências – semiologia, farmacologia, física, química, matemática. O estudo dos signos e os estudos das substâncias químicas apresentaram elementos essenciais para a dinâmica do saber médico.

Toda a estrutura da terapia montada por Carvalho denota a preocupação de demonstrar que a resistência de algumas doenças era conseqüência das falhas terapêuticas cometidas pelos médicos ou pelos próprios pacientes. O autor chegará a conclusão de que existiam pouquíssimas enfermidades que realmente eram resistentes a qualquer tipo de terapia imposta: *raras e raríssimas são as moléstias que se enquadram e se rotulam de resistentes ao tratamento adequado*³.

As falhas terapêuticas foram divididas em seis motivos oriundo de equívocos médicos, responsáveis pelo desenvolvimento das doenças, são elas: diagnóstico errôneo, negligência, ignorância, polifarmácia, inoportunidade medicamentosa e, por último, “técnica e doses”. Carvalho compara o diagnóstico científico – composto pelo diagnóstico clínico (semiológico), funcional, anatômico e etiológico – a um *farol que ilumina e conduz a terapêutica aos resultados mais seguros*⁴. Agora, o tratamento isento de diagnóstico implicaria em uma viagem *sem bússola nos desertos formidáveis da patologia*⁵ e que exigiria *dos medicamentos e remédios aquilo que eles não tem*⁶. A analogia do diagnóstico com a luz do farol não é de pouca importância. Está em questão, nesta analogia, todo o conhecimento da medicina construído, principalmente, nas últimas décadas do século XIX. O saber acumulado é transfigurado na imagem da luz que invade e dissipa toda a escuridão. Fato curioso é que, no mesmo período histórico da tese, a luz do saber médico se enfraquece e até desaparece ao esbarrar com os limites impostos pelo indizível, não conseguindo contornar e ultrapassar as

³ Ibidem. p. 09.

⁴ Ibidem. p. 10.

⁵ Ibidem. p. 10.

⁶ Ibidem. p. 10.

fronteiras. Carvalho continua sua explanação sobre o diagnóstico errado ressaltando que:

O diagnóstico errado é muitas vezes originado da pressa com que o clínico se abeira do seu doente sem a preocupação da boa técnica, dos necessários conhecimentos, da indispensável minúcia, sem a mais mínima preocupação de que aí está uma vida, quiçá preciosa, confiada as suas mãos, e então, emprega mirrada cota de conhecimentos, despreza os meios elucidativos da semiologia e esquece a rasgada serventia do laboratório⁷.

De novo, o autor aponta o valor da semiologia para a medicina e os perigos de ignora-la. Acrescenta-se ainda a relevância dos experimentos clínicos desenvolvidos no interior dos laboratórios. Os testes e experimentos empíricos em laboratórios, desde as análises experimentais de Pasteur para verificar o desenvolvimento de microorganismos, se tornaram eixos referenciais da construção do saber científico. O detalhamento funcional das invisíveis estruturas do corpo orgânico ao olho humano, por meio do microscópio e de novas técnicas – uso de substâncias químicas, emprego de fenômenos físico-químicos (aquecimento, resfriamento, eletricidade), emprego de uma série de aparatos instrumentais – permitiram a medicina ampliar o seu campo de conhecimento sobre o corpo humano e renegar teorias consagradas, até o século XIX, como o vitalismo⁸. Portanto, o laboratório é transformado como um espaço criador de saber, principalmente, quando se refere ao invisível. A medicina adota o laboratório como espaço adequado para articulação das pesquisas médicas.

O interpretar assume o papel de destaque no processo de sistematização do diagnóstico. O estudo das probabilidades, por meio da matemática, tinha se mostrado inviável para definir e especificar as doenças, pois abria um leque infinito de possibilidades que relacionavam signos e doenças. Com o avanço dos estudos anatômicos, com o conhecimento sobre o aspecto funcional de cada órgão, mais a consolidação dos experimentos científicos em laboratórios foi possível a montagem de enciclopédias médicas que indicassem com maior exatidão a relação entre signos e doenças. Tendo este respaldo de saber, não fazia sentido a medicina continuar se

⁷ Ibidem. p. 11.

⁸ Na concepção do vitalismo, as formas, os comportamentos e os movimentos dos organismos eram determinados por forças do princípio vital.

pautando nas probabilidades matemáticas para estipular o diagnóstico. Desta forma, a mudança da técnica da probabilidade para o método da interpretação ajudou a consolidar a figura médica. A incerteza diante uma vastidão de probabilidades substituiu-se pelo conhecimento individual que todos os médicos reteriam para interpretar os fenômenos orgânicos, não somente através dos signos específicos de cada doença, inclui-se os gestos, os sinais e os ditos expressados pelos pacientes.

A negligência é outro aspecto, indicado por Carvalho, causador de erros médicos que propiciaria as condições favoráveis para o avanço das doenças. A negligência era vinculada a imagem do médico desleixado e desatento que pouco se preocupa com os efeitos decorrentes de suas decisões tomadas ao prescrever o tratamento. A desatenção é uma característica avessa ao sistema científico que exige a perfeita coordenação das faculdades intelectivas do cientista. Leiamos a descrição do médico negligente feita por Carvalho:

É este que prescreve uma fórmula e não se dá ao trabalho de repassar uma leitura sobre a mesma verificando o que escrevera, atendendo à possibilidade de um engano por vezes grave na posologia, na associação, enfim na redação da prescrição. Que depois de preparada a fórmula pelo farmacêutico que nem sempre lhe merece fé, não controla a etiqueta, o cheiro, a cor e mesmo o sabor. Que no decorrer do tratamento se descuida de inquirir ao enfermeiro ou pessoa outra encarregada desta função, se os medicamentos estão sendo aplicados com regularidades e se observados com rigor as suas instruções; que não indica o regime alimentar em todas as suas minúcias e exigências. Enfim procede negligentemente o clínico que mal se aproxima do leito do doente, por um sinal apenas revelado por este, apressasse em afirmar o seu diagnóstico, desprezando por assim dizer a semiótica, constituindo-se quase inimigo dos laboratórios, este recurso que a medicina possui e que nos fornece esclarecimentos admiráveis no desvendar de um diagnóstico, no antever um prognóstico no estabelecer de uma terapêutica racional e razoável⁹.

Ao médico incumbia-se a tarefa de averiguar a qualidade dos medicamentos. Um ponto específico chama a atenção neste texto, o uso dos sentidos – cheiro, cor e sabor – para constatar a validade da substância empregada no medicamento. Os sentidos eram qualidades corporais consideradas, por um número expressivo de escolas científicas, como não passíveis de confiança para a fundamentação de metodologias

⁹ CARVALHO, B. A. de. Op. cit. p. 16.

científicas. Isto não significa dizer que a utilização dos sentidos foi excluída, por completa, dos procedimentos de investigação; os indícios oriundos de constatações sensitivas deviam ser aferidos por um conjunto instrumental, tanto técnico como metodológico. No entanto, o nosso médico não aponta nenhum instrumental científico para comprovar a qualidade das drogas e indica somente o uso dos sentidos para este fim.

O médico negligente não expressa a mínima preocupação em verificar as drogas, não se importa em controlar a aplicação regular dos medicamentos nos pacientes e muito menos de constatar o equilíbrio do regime alimentar – mais adiante será analisado a relação entre a dieta alimentar e a medicina. É a imagem extrema oposta do médico disciplinarizado. A negligência reverte a lógica da disciplinarização no interior das instituições médicas. Todos que se afastassem de certos procedimentos, como o uso da semiologia, ou negassem utilizar os conhecimentos produzidos nos centros laboratoriais eram rotulados de negligentes. Carvalho associa a figura do médico negligente ao rótulo generalizante de charlatanismo, acompanhemos o raciocínio dessa associação:

Resulta desta incúria, desse desleixo de que se apodera o profissional indolente nas suas atribuições, a representação típica do charlatão, cujo conceito descamba pelo caminho da descrença dos seus clientes e cuja reputação se aniquila perante os seus colegas¹⁰.

Era freqüente que o profissional de saúde, vinculado às instituições produtoras de saber, fazer frente a todos os médicos que se aproximassem de outras fontes de conhecimentos descentralizadas – por exemplo, o saber milenar das sociedades indígenas sobre os efeitos das ervas medicinais no corpo e a homeopatia – e as manuseassem nas práticas terapêuticas. Apesar de todo o empenho dos médicos, a prática médica institucionalizada não era dominante, no início do século XX, e foi obrigada a conviver simultaneamente com outras formas de saber. Os atritos oriundos dos profissionais médicos com outros sujeitos históricos detentores de saberes distintos do cientificismo, como o curandeiro, o pai de santo, a mãe de santo, o xamã, o raizeiro,

¹⁰ Idem. p. 17.

forneceram elementos para a constituição de um discurso médico que buscava legitimizar as práticas da medicina no seio do conjunto social.

A ignorância era outro fator que contribuía para a propagação de erros médicos. Para Carvalho o médico deveria se proteger dos perigos de ser “contaminado” pela ignorância predominante na região onde trabalhava. A cidade era símbolo da civilidade e, portanto, era o espaço ideal para o desenvolvimento dos conhecimentos científicos. O campo, ao contrário, por ser afastado dos centros urbanos, era entendido como um espaço social emergido em ignorância. Desta forma, os médicos que trabalhassem no interior do território nacional deveriam se armar contra a convivência cotidiana com a ignorância; personificada na imagem do caipira:

Enquanto o campo de ação da ignorância quase desaparece nos meios civilizados e cultos dada a fiscalização mordaz e natural que parte daqueles profissionais não amoldáveis a estas práticas, no coração dos nossos sertões, lá nas caatingas e vilarejos onde habitam tabaréus embrutecidos, campeira e alarga-se, desenfreada toda sorte de incongruências oficializadas pela carta e anel emblemáticos¹¹.

As verdades científicas eram incompatíveis com outras formas de saber, de acordo com o discurso apregoado pelos cientistas. A menção de uma fiscalização no trecho acima, não é referente a uma organização institucional responsável em combater a ignorância. O convívio diário do médico com os centros produtores de saber propiciariam de forma “natural” os instrumentos de vigilância necessários para preservar as verdades científicas da medicina e a figura do médico dos efeitos da ignorância. Por isso, o médico ao se integrar com os hábitos e costumes de sociedades afastadas dos centros urbanos tinha que ter em mãos os instrumentais científicos que o auxiliassem no desenvolvimento de uma interpretação mais racional de certos fenômenos biológicos e culturais. Indico a leitura do artigo intitulado *Natureza e identidade: três narrativas e a natureza brasileira* de Naxara¹², para todos que estão interessados em aprofundar estudos relacionados com as representações pinceladas –

¹¹ *Ibidem*. p. 18.

¹² NAXARA, Márcia R. C. *Natureza e identidade: três narrativas e a natureza brasileira*. In: SEIXAS, J. A.; BRESCIANI, M. S.; BREPOHL, M. (orgs). *Razão e paixão na política*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2002. pp. 135-57.

através da escrita, das pinturas e dos desenhos –, pelos cientistas do século XIX, que adentraram o interior do Brasil, sobre a natureza e sobre os homens imersos em universos completamente diferentes dos padrões ocidentais. Apesar da pretensão de se alcançar a neutralidade, o olhar científico, na análise de Naxara, estava imbuído de uma *sensibilidade romântica* que não era perceptível nem para os próprios defensores da objetividade:

Sentimentos e sensações que escapam ao domínio da explicação racional – estar diante de algo que não se consegue abarcar com a razão no seu todo, tal a sua grandiosidade. Na tentativa de abarcar tal espetáculo, os homens lançam mão tanto da palavra como do desenho e da pintura, como formas de tentar garantir a memória, de expressar, guardar e transmitir as impressões que vivenciam na sua relação com o mundo natural¹³.

Antes de aprofundar outros aspectos apontados por Carvalho como motivadores das resistências de certas enfermidades frente às terapias, é preciso indicar as pontes vinculadas entre os conflitos da medicina frente a outras formas de saberes difundidos nos meios sociais e culturais, com a eutanásia. Os atritos tão comuns entre o saber racional com os conhecimentos mágicos e religiosos não revelam unicamente as conseqüências das tentativas de se legitimizar a medicina, como instituição capaz de intervir na organização do corpo social e individual. Por que a intensa necessidade de se velar os efeitos de certos tratamentos mágicos, religiosos e naturais que obtinham resultados satisfatórios? Em diversas situações, nas quais a enfermidade de determinado indivíduo é entendida como incurável pela análise racional, os saberes chamados de “populares” mostram a sua positividade exatamente no fato da cura. A negação da positividade destes tipos de tratamentos pela maioria dos médicos era algo constante. Contudo, estas negações discursivas são muito relevantes para nós, pois “ocultavam” alguns problemas enfrentados pelo conhecimento científico médico.

Os primeiros argumentos levantados pelos médicos contra as práticas de curas tinham como cunho central o processo de legitimação do saber e da instituição médica. A década de 20, colocou em jogo outras problemáticas. Como já foi dito, o pessimismo médico caracterizou os anos 20, pois o conhecimento médico não respondia com

¹³ Idem. p. 140.

segurança os motivos da existência e o desencadeamento de doenças incuráveis e nem a ineficácia dos instrumentos de intervenção social. Para aumentar a preocupação dos médicos, a procura dos indivíduos por soluções alternativas, por meio das curas mágicas, religiosas e naturais, não diminuiu como o almejado.

O curar no interior das práticas religiosas e mágicas era vinculado à idéia do milagre. O milagre é uma palavra incômoda para os campos de conhecimentos que estão construídos sobre as bases do pensamento racional. O milagre extrapola os limites do cognoscível e explora o espaço “misterioso” do indizível. A força do milagre reside, exatamente, no fato de interagir com o não-dito e o não compreensível para o pensamento científico, trazendo à tona alívios ao corpo e à alma. A crença no milagre – essa fé no milagre está envolta por um campo de sensibilidades fortes, pois os sentimentos de esperança, de alívio, de dor afloram com grande intensidade e força – expõe as limitações dos procedimentos instrumentais das ciências. O maior desejo dos cientistas é compreender, por meio do detalhamento microscópico, todas as vicissitudes dos fenômenos biológicos das doenças, que não podem ser explicadas, através da linguagem médica existente. Por exemplo, inúmeras teorias científicas relataram e relatam o desenvolvimento do câncer – outras enfermidades poderiam ser usadas como exemplos –, no entanto, isto ocorre somente até um certo ponto, quando o indizível do câncer começa a exercer a sua força ao definir os limites das pesquisas teóricas, os esforços passam a ser, praticamente, inúteis. Para uma sociedade dividida em funcionalidades, a idéia e sentimento de inutilidade dilaceram o valor da função social exercida pelas agências sociais.

O aproximar da eutanásia com o milagre é bastante restringido, pois a prática da eutanásia se direciona a morte e, em conseqüência, nega a existência e a eficácia dos efeitos milagrosos. Entretanto, tanto a eutanásia como os milagres retiraram o véu do discurso médico que demonstrava a capacidade da medicina de solucionar a totalidade dos problemas biológicos e sociais.

A aplicação inadequada de certos medicamentos – sem estudo prévio do caso e do organismo a receber a droga – e o uso simultâneo de substâncias com efeitos opostos era entendido por Carvalho como um problema próprio da polifarmácia. Para ele era suficiente o profissional médico conhecer e dominar um pequeno número de substâncias medicamentosas do que fazer uso indiscriminado de uma série de drogas desconhecidas.

A inabilidade com as drogas propiciavam, para o autor, o desenvolvimento das enfermidades no interior do corpo e, inclusive, era uma *negação da arte de curar*, leiamos a conclusão de Carvalho sobre este ponto: *Assim dizia um grande médico: “prefiro ser tratado por um médico que conheça um pequeno número de medicamentos, mas que os conheça bem, que me a ver com um outro imbuído em polifarmácia¹⁴”*.

Para cada doença há um instante mais oportuno para aplicação dos medicamentos. Distingue-se a hora do procedimento da aplicação por meio de técnicas médicas que esmiúçam um conjunto de informações e de características próprias a cada paciente:

Antes de pensarmos na medicação a estatuir, o nosso primeiro cuidado deverá consistir em interrogar o doente, pondo-nos conhecedores da história pregressa do mesmo, por meio de uma anamnese bem feita pesquisando o funcionamento dos órgãos, aparelhos e sistemas, si normais, si mioprágicos, a fim de chegarmos a um diagnóstico esclarecedor da terapêutica¹⁵.

A técnica do interrogatório é posta como um instrumental importante para extrair informações necessárias sobre o desencadear da enfermidade sobre o corpo do paciente. Traçar a trajetória da doença no organismo se torna uma fonte de dados fundamental para a pesquisa médica. O paciente exterioriza as sensações íntimas de desconforto, provenientes de algo que muitas vezes é desconhecido para ele mesmo, que interferem no fluxo do seu cotidiano de viver. A noção de uma história do paciente e da doença é algo relativamente novo. A medicina do século XIX colocou em pauta na metodologia médica a extrema relevância de uma investigação profunda sobre a história de cada enfermo. Da fala dos pacientes era selecionado os dados mais importantes. Daí a linguagem médica traduzia todas as informações repassadas pelo paciente, relacionando-os com todo o conhecimento da medicina, já catalogado e classificado nos livros especializados – quando o enfermo diz que sente dores como fincadas em uma região específica do corpo, o médico analisará esse dado com um conjunto amplo de conhecimento médico para criar condições para indicar quais os motivos das dores.

¹⁴ CARVALHO, Benjamin Alves de. Op. cit. p. 26.

¹⁵ Idem. p. 26.

Após esse procedimento era possível mapear toda a dinâmica funcional dos órgãos e aparelhos em período de enfermidade.

É interessante pensar sobre a idéia médica de que é preciso agir contra a doença no momento adequado. No entanto, qual o procedimento a ser adotado quando os signos manifestados pelas enfermidades e o esquadramento dos distúrbios funcionais dos órgãos não são suficientes para caracterizar a doença e, conseqüentemente, a impossibilidade de planejar uma terapia específica? Portanto, o tempo propício de ação não poderá ser localizado. Dessas questões podemos levantar alguns aspectos dos tratamentos paliativos que são procedimentos constantes em pacientes terminais. Os significados e problematizações da terapia paliativa não estão fechados somente no cerne das necessidades de se aliviar dores insuportáveis. Os métodos paliativos revelam a impraticabilidade de definir o momento exato da aplicação de uma terapia que obtenha resultados positivos. É peculiar que todas as doenças terminais pouco conhecidas e dominadas são tratadas por meios paliativos, ou seja, o indizível não é combatido diretamente. As técnicas paliativas agem encima de alguns sintomas que se localizam em torno das fronteiras do indizível; no entanto o núcleo, o interior, do fenômeno não é atingido.

O momento adequado para a aplicação da medicação poderia surgir, para Carvalho, após a efetuação dos cuidados necessários através de uma preparação higiênica. O estudo da higiene propunha uma reestruturação nas formas de condutas. Os comportamentos considerados inadequados – como vícios e extravagâncias – deveria ser alterado por condutas que propiciassem o desenvolvimento pleno do corpo. Além disso, o espírito, a alma, a interioridade seria melhorada com os resultados positivos das novas formas de condutas higiênicas. O corpo e a alma não estavam desvinculados, sendo a higiene a potencializadora das capacidades próprias de cada esfera. Carvalho dividia os cuidados higiênicos em quatro ordens que são as seguintes: regime alimentar, repouso e asseio. Vejamos o dizer de Carvalho sobre o regime alimentar:

... o regime alimentar deve preceder a qualquer tratamento, porque ele aqui faz o verdadeiro papel de óleo lubrificante da máquina orgânica, tornando-a desembaraçada da ferrugem que a torna empurrada, isto é

franqueando os emunatórios para que assim facilite a eliminação dos medicamentos mais ou menos tóxicos que aí devem de ser levados¹⁶.

Agora leiamos sobre as vantagens do repouso e do asseio quando são interligados um com o outro:

... o repouso que tem um incalculável valor no tratamento das doenças, principalmente agudas, deve de ser imposto, quase que sistematicamente aos doentes, não só o repouso do corpo, o físico, mas também o moral, o do próprio espírito, antes de qualquer intervenção terapêutica. Vezes muita será suficientemente para (...) para sustar o andar de certos estados mórbidos¹⁷. (...)

O febricitante vê cair a sua temperatura e desaparecer a agitação que lhe é própria, pelo simples fato de passar a ocupar um quarto bem arejado, cujas roupas de cama são em rigorosas condições de higiene, e permanecer exclusivamente só com a pessoa que lhe serve e em quem confia. A influência que exercem o asseio das mãos, da boca, de todo o corpo se possível, o silêncio, as vestes é realmente de uma importância formidável na evolução das moléstias e sua terminação¹⁸.

Nos trechos acima sobre o regime alimentar, o repouso, o asseio, e a limpeza da pele do paciente é perceptível a preocupação dos médicos em criar o ambiente favorável ao início da terapia. As mudanças afetariam, em primeiro lugar, o corpo. O corpo humano é o principal objeto de intervenção da higiene. O regime alimentar é comparado a um *óleo lubrificante* que dinamiza a *máquina* corporal. A dieta alimentar cumpriu um papel importante nas mudanças de hábitos alimentares que objetivavam as mudanças de algumas estruturas do corpo. Toda a ingestão de alimentos passaria pelo aconselhamento médico, principalmente, nos casos de enfermidades. Tudo que fosse ingerido deveria ser controlado. Em relação ao repouso, é importante assinalar a ênfase dada no texto, ao descanso da moral e do espírito. Outro objeto de intervenção da higiene é a alma. O espírito necessita de um corpo saudável para ter as condições mínimas para desenvolver suas faculdades. A distribuição dos móveis no interior da casa de forma que permitisse uma boa ventilação, a limpeza das vestimentas, o asseio do corpo e, inclusive, o silêncio exerciam as práticas de higienização do espaço familiar

¹⁶ Ibidem. p. 28.

¹⁷ Ibidem. p. 28.

¹⁸ Ibidem. p. 28.

e do corpo. No caso de pacientes que sofrem com os agravamentos das doenças é pedido que pratique o menor esforço possível; exigindo se for necessário o silêncio para não perturbar o repouso do corpo e do espírito. Por último, o asseio da pele é vista como primordial para o bom funcionamento das estruturas corporais responsáveis pela eliminação de substâncias prejudiciais ao organismo. Os estudos da higiene se aliam com o conhecimento fornecido pelos estudos anatômicos, físico-químicos e funcionais dos aparelhos orgânicos. As transformações das condutas e comportamentos dos indivíduos estavam associadas com as mudanças de âmbito microscópico do corpo biológico. Os resultados positivos dos cuidados higiênicos impediriam o progresso da enfermidade.

O equívoco na prática das técnicas ou um erro na aplicação da dosagem da medicação é vista por Carvalho como o último fator que propicia a resistência das doenças às terapias. Desta forma, ele descreve os inconvenientes originários do uso prolongado das medicações ou de um período demasiado curto de aplicação da medicação. Ambos os casos agem de forma prejudicial ao funcionamento dos órgãos. Carvalho conclui que é preciso o médico conhecer com profundidade as singularidades de cada corpo, para isso utiliza todas as técnicas disponíveis, assim conseguirá fixar com precisão os medicamentos necessários à terapia. Miremos a conclusão de Carvalho:

O temperamento de cada indivíduo, requer que seja cuidado de acordo com o modo próprio de reagir de cada um. (...)

O conhecimento do temperamento de cada indivíduo é de grande utilidade nos resultados terapêuticos, por isso que a medicação será feita de acordo com o estado de cada órgão, aparelho ou sistema, conhecimento que dita ao esculápio inteligente as doses e a norma a seguir no tratamento¹⁹.

Depois da prolongada explicação de Carvalho sobre os erros médicos que propiciam o desenvolvimento das doenças, o autor aponta os fracassos das terapias causadas por pacientes *descrentes* e *indiferentes* ao poder e ao saber da instituição médica que são as seguintes: desobediência ao médico, hábito, miopragia dos órgãos e aparelhos, emunctórios deficientes, cronicidade, encistamento e meios outros de proteção dos germes e associações mórbidas. No entanto, será exposto e analisado somente o aspecto

¹⁹ *Ibidem.* p. 36-37.

da desobediência ao médico por ser mais significativo ao torvelinho temático da monografia. Então apreciemos o trecho abaixo sobre a desobediência do paciente:

*Em primeiro lugar está a educação do indivíduo doente que, quando destituído deste elemento indispensável ao homem habitante de país civilizado, representa um dos mais sérios entraves ao triunfo terapêutico, porque não tendo a noção precisa do seu eu, não compreende pelo lado favorável os cuidados e desvelos dispensados pelo médico, antes encara tudo com pessimismo e descrença. Para ele, tem mais valor a **reza**, as **mezinhas** e as **garrafadas** de todo o gênero, a cujos resultados se entrega convencido. É ele um inimigo do médico²⁰.*

De novo, fica claro o embate existente entre o conhecimento médico e as formas de saberes imersos em outros espaços sociais e culturais. A educação era concebida como a principal responsável em tirar o indivíduo da ignorância. O “Eu” estava proporcionalmente relacionado com o nível de erudição propiciado pelos ensinamentos formais. Nos discursos médicos, a única explicação plausível da procura dos indivíduos por meios de tratamentos diferenciados do saber científico era a ausência de educação. Os sujeitos que acreditam nas práticas de curas mágicas e religiosas foram eleitos como inimigos que ameaçam a eficácia do tratamento médico. Os discursos de legitimação precisam de inimigos para mostrar a importância dos elementos defendidos pelo discurso oficial da instituição em jogo. Vejamos outra descrição da desobediência do enfermo:

Quando porém, não é o próprio doente que se opõe a sugestões do médico, é algum “colateral aparentado” que o faz, tomando real destaque a “respetabilíssima classe das títias”, que não raro, aparecem com um cortejo infundável de conhecimentos fazendo desta arte, concorrência ao profissional abalizado. De sorte que o doente apegado que é, na maioria das vezes, a estas credices insinuadas pelas “matronas entendidas”, deixa-se desviar da trilha que o médico traçara, já pela confiança que deposita nos elementos da família, já pelo espírito teimoso que lhe é próprio²¹.

²⁰ Ibidem. p. 42.

²¹ Ibidem. p. 42.

Os conhecimentos “tradicionais” – como o uso de ervas medicinais e a crença mágica-religiosa – de cada família foram concebidos como um mal que atrapalhava o exercício da profissão médica. Portanto, a medicina teve que combater primeiramente os próprios saberes específicos de cada família. A instituição médica reestruturou a ordem familiar para criar os espaços de ação dos instrumentais de intervenção.

Durante toda a tese, Carvalho esforça-se em comprovar que as resistências de algumas doenças à terapia não eram provenientes da desestruturação metodológica da medicina, ao contrário, afirmava que os métodos científicos da medicina estavam bem estabelecidos e que os motivos da resistência de determinadas enfermidades localizavam-se nos erros cometidos pelos próprios médicos ou pelos pacientes. Todos esse empenho de Carvalho é significativo, pois expressa a tensão existente na década de 1920, por parte dos profissionais médicos em criar argumentos que refutassem qualquer indício de crise na medicina.

O discurso da eutanásia explode com extrema força como objeto de estudo médico, justamente, neste período histórico de crise da medicina brasileira. Um dos argumentos dos defensores da eutanásia aponta, exatamente, a incapacidade do conhecimento científico médico em indicar possíveis tratamentos para as moléstias consideradas na época incuráveis.

Uma pergunta inquietante adentrou no meio médico: o que fazer com um paciente incurável que sente dores atrozes? Todo o conhecimento médico não estava preparado para responder a esta questão. Os signos do morrer e o inominável se aproximaram entre si com intensidade e passaram a desvelar as fraquezas e discrepâncias de todo o aparato metodológico construído pelas orientações científicas racionais. Além disso, os signos do morrer explicitaram sentimentos e afetaram o campo sensível de todos indivíduos próximos ao sofrimento do paciente terminal. Sentimento de impotência, expectativa de esperanças ou de milagres, percepção da aproximação do momento da perda de um ente querido, nostalgia de momentos vividos trazidos à tona pela memória e a sensação de tristeza e de luto são algumas características levadas ao campo sensível por meio dos signos do morrer. No entanto não será analisada agora a concepção de Carvalho sobre eutanásia. O espaço de exposição e de reflexão sobre este aspecto está reservado à parte final do primeiro capítulo.

PROCESSO DE FORMAÇÃO DA INTERIORIDADE MÉDICA

No Brasil do começo do século XX, médicos difundiram as características qualitativas primordiais à conjunção de um comportamento que definisse os traços identitários da profissão médica.

A busca por uma conduta exemplar, perante o meio social, foi transformada em foco de estudo. As eleições, não aleatórias, de um conjunto de qualidades morais integraram os desejos de constituir uma subjetividade própria do profissional médico. A inserção da figura do médico na sociedade burguesa urbana não ocorreu somente através das positivities decorrentes da aplicação das práticas de intervenção na saúde coletiva. Certa urgência era rogada para a inserção de uma imagem médica coerente na esfera pública, pois a atividade do profissional de medicina ainda não estava consolidada até início do século XX.

A tendência dos médicos era jogar para o outro – os pacientes, os charlatões, o Estado, família, o médico incompetente – a responsabilidade pelo borrar da idoneidade da conduta médica perante a sociedade. Ao falar de si ocultam as problemáticas inerentes à instituição e organização dos saberes e das práticas. Vejamos as palavras do médico Magalhães, em 1906:

A atual profissão tem, apenas, com a primitiva um ponto único de contato, é o seu objetivo: fazer o bem, dominar ou, pelo menos, minorar o sofrimento.

Não é, pois, imerecida ou gratuita a consideração de que a sociedade moderna odeia a profissão médica que, mais do que nenhuma outra, faz jus a essa consideração, conquistando, digna e nobremente, a sua estima²².

A medicina, desde suas origens, estaria imbuída pelo denominador comum de fazer o bem ao outro, na óptica médica. Contudo, o outro ajudado é entendido como

²² MAGALHÃES, José Augusto de. *Deontologia médica e terapêutica (noções práticas)*. Tese. Salvador: FMB, 1906. p. 08.

criador de um ódio ingrato pela ciência benfeitora de fornecer alívio aos sofrimentos e os médicos seriam incapazes de sentir um sentimento recíproco dessa natureza. Os profissionais médicos consideravam que a medicina não era bem compreendida e valorizada pela sociedade moderna: pelos sujeitos, pelas famílias e, principalmente, pelo Estado. Oliveira aponta o rigor da legislação para com os médicos: *O médico, pois, não tem regalia nenhuma que lhe seja exclusiva, ao inverso, em muitos pontos a lei tem para ele um rigor e uma dureza especial*²³. A falta de maleabilidade entre o Estado e a medicina indica como os políticos e legisladores não estavam certos da importância da medicina como instrumento de intervenção social.

Era impendente a teorização da natureza do comportamento médico. Este comportamento seria a soma de regras de condutas mais a interiorização de um conjunto de virtudes. Devotamento, atividade, brandura, caridade e beneficência são algumas das qualidades morais valorizadas como primordiais no caráter médico. Estas virtudes morais são representações historicizadas; foram construídas em longos processos históricos que perpassaram gerações e não são, meramente, o espelhar de um ideal de condutas adotadas como adequadas em determinadas situações históricas. As representações estão inseridas na longa duração histórica. Porém, essa inserção das representações na longa duração e na interiorização subjetiva não é passível de cristalização. As representações somente são introjetadas na subjetividade se estão em estado de conflito ou em estado de tensão, com outras representações, com simulacros e com as práticas sociais. Para começarmos a visualizarmos melhor essas idéias leiamos as próprias fontes, o trecho abaixo é da tese do médico Benjamim Carvalho:

*Ser médico, ou melhor, ser clínico, é concentrar qualidades morais, naturais ou adquiridas, como sejam a pureza de costumes, a doçura, a paciência, discricção, segurança de opiniões, exatidão de pensar e falar, qualidades que são a arte de inspirar confiança e despertar simpatia ao doente, é por outro lado, ser instruído, possuir cabedal científico, é saber fazer*²⁴.

²³ OLIVEIRA, Diocleciano Alves de. *Da responsabilidade médica e do exercício da medicina, em geral e especialmente no Brasil*. Tese. Salvador: FMB, Imprensa Moderna de Prudêncio de Carvalho, 1904. p. 73.

²⁴ CARVALHO, B. A. de. Op. cit. p. 07.

Carvalho indica que a essência do médico é a convergência das *qualidades morais* em si mesmo. Havia dois meios para se obter as virtudes, a primeira refere-se às qualidades intrínsecas a singularidades do indivíduo que almeja ser médico. Esse nasce com certas qualidades que se forem bem cuidadas permanecerão como guias das atitudes desse indivíduo. A segunda está relacionada no processo de adquirir as virtudes morais ao longo da existência individual. Entende-se que este adquirir é um processo de formação de si mesmo, ou melhor, a constituição da subjetivação médica. As ações imbuídas de qualidades morais não eram uma simples cópia de manuais de cunho moral. A interiorização das virtudes era concebida como fundamental para a manifestação de ações carregados de virtudes louváveis.

A subjetividade do médico, apresentada pela representação da honestidade, somente é comparada com a do padre e, no entanto, está um degrau acima por receber o reconhecimento da lei que delega responsabilidades ao profissional médico. Para o autor, a retidão do caráter do médico é decisiva para o posicionamento elevado da medicina na hierarquia das profissões. Outra passagem demonstra a distinção da subjetividade médica:

O devotamento do médico, a abnegação mesma absoluta que ele tem de impor a si próprio, em muitas circunstâncias, não impede que sua arte se exerça, como as outras, sob a base de um contrato entre ele e a sociedade; e se ele se sente elevado acima dos termos vulgares desse contrato, não a uma razão para que deixe a sociedade toda a liberdade de falar com esse mesmo contrato²⁵.

A idéia de contrato social é fundamental para várias escolas do direito. Por meio dos contratos sociais, os indivíduos repassam para as instituições governamentais a responsabilidade de proteger os cidadãos contra todas as intervenções que ameacem o bem-estar ou a vida do indivíduo. O autor concebe que a subjetividade médica, representada neste trecho pelo devotamento e abnegação, poderá estar muito acima, do que denomina de *termos vulgares*, do contrato estabelecido. Portanto, a subjetividade médica se distancia de outras interioridades comuns, é a responsável pela elevação da

²⁵ ANDRADE, Juvenal Montanha de. *Os deveres do médico*. Tese. Salvador: FMB, 1911. p. 27.

medicina na hierarquia das profissões e tem a autonomia de se afastar da própria legislação.

O processo de formação de si está voltado para os olhares externos do outro. Olhares esses que julgam, vigiam, condenam, criticam, admiram, veneram e respeitam. Motta esclarece esta entrega de si do médico: *Múltiplos, e inúmeros quase, são os deveres a que os médicos se acham adstritos para com os doentes. “Viver para os outros e não para si”*: cita Hufeland²⁶ (...). Esse pensamento sintetiza o objetivo primordial das problematizações em se formar uma subjetividade médica. O médico deveria anular os interesses pessoais, ou seja, suas paixões, seus desejos, suas vontades mais profundas, suas pulsões, em nome da entrega de si para o outro. A entrega de si não era parcial, por isso não ocorreria só em determinados momentos necessários. Sigamos as palavras do mesmo médico:

São elas que o fazem consagrar seu tempo aos doentes, aponto de esquecer a família, os negócios, todos os interesses; são elas que o levam a sacrificar o repouso, porque o médico inspirado por princípios elevados (em glória principal dele) sabe empenhar o que mais ama e estima, para não faltar com seu dever²⁷.

Em nome do dever e dos valores morais interiorizados, os médicos desempenhariam o seu papel de entrega de si mesmo sem qualquer sombra de hesitação, mesmo que isso significasse o sacrifício de seus interesses mais íntimos. O exercício do dever estava diretamente relacionado com a interiorização das representações das virtudes. Era inconcebível a prática dos deveres por um médico que não tivesse a sua subjetividade fundamentada pelas virtudes morais. Nem o indivíduo virtuoso conseguiria se isolar a ponto de não realizar práticas determinadas pelas exigências do dever. Conseqüências graves seriam decorrentes caso os deveres não fossem praticados: *O dever é um tributo que tem de pagar, todo o homem que quiser evitar o descrédito presente e uma eventual insolvência moral²⁸*. O descrédito pessoal gerado pelo esquivar do indivíduo de exercer a sua função demonstraria a desestruturação interna desse

²⁶ MOTTA, Eduardo Froés da. *Do médico perante a honra e a consciência*. Tese. Salvador: FMB, Tipografia Commercial, 1912. p. 25.

²⁷ Idem. p. 31.

²⁸ Ibidem. p. 19.

homem incapaz de absorver e refletir as virtudes primordiais e isso era inaceitável pelos médicos, pois manchava a imagem da figura médica embasada na devoção e no sacrifício. Motta indica, novamente, a necessidade do médico de agir sem interesse próprio:

Seu interesse é o do cliente; este, se lhe entrega confiado na supremacia que lhe dá o saber e na dignidade com que o circunda a nobreza de sua missão; e então, se entrega aos doentes, desconsagra seu tempo, suas forças, sua pessoa, seu espírito, seu coração, sua saúde, sua vida, enfim, certo que de par com elas deverão estar a dedicação, o desinteresse, a dignidade e a ciência em seu grau mais perfeito, estando bem a par das pesquisas dos laboratórios que a cada passo nos rasgam mais amplos horizontes; é mister, portanto fugir das trevas, para afirmar a nossa individualidade a toda luz²⁹ (...)

A doação do médico ao tratamento do doente era integral. Não poderia ser fracionada. A dedicação obrigava a disposição pessoal do tempo, da força, do espírito, do coração, da vida na busca de minorar o sofrimento alheio. Motta coloca mais um elemento que influencia a legitimação da individualidade médica. A busca de conhecimento, aparece como parte integrante deste processo de caracterização da subjetividade médica. Como poderia o médico exercer sua função social se não procurasse estar atualizados dos conhecimentos teóricos produzidos nos centros de pesquisa? Entretanto, para Motta esse ponto aparece como secundário em relação à importância do médico de desenvolver as virtudes.

A subjetividade do médico seria o reino da harmonia? A resposta é não. O estado de perfeição era uma meta idealizada. Os médicos estavam a par de que o próprio profissional de saúde correria o risco de cair, ao seguir os impulsos das paixões que degenerassem o caráter do médico, e, assim, cometer erros imperdoáveis. Para resolverem esses inconvenientes propuseram alguns meios para o médico *controlar a si mesmo*. A proposta mais significativa é o esquecer a si mesmo:

Ao lado dela devem estar a modéstia, a bondade a cabeceira de todos eles, ora revestindo a forma de uma inclinação afetiva, determinado então, a

²⁹ Ibidem. p. 38.

*doçura, a benevolência, a obsequiosidade, a amabilidade, a ternura; ora tornando-se ativa e inspirando zelo, a generosidade, a dedicação e a abnegação; mais freqüentemente ainda sob uma forma passiva, praticando a paciência e a proteção, a indulgência e a condescendência, chegando até ao humilde esquecimento de si mesmo*³⁰.

A primeira vista, parece paradoxal a formação de uma subjetividade de si mesmo – vimos que é formada para o olhar do outro e não unicamente para a reflexão de si próprio – que em última estância requererá o esquecimento de si mesmo. O esquecimento foi sistematizado como uma maneira do indivíduo médico concretizar e solidificar a subjetividade. Isso ocorreria a partir do momento que o sujeito afastasse e ocultasse as paixões que o impelisse a hábitos que denegrissem o ideal de perfeição da imagem e da conduta médica. O Eu deveria se mesclar e se unir com o conjunto das qualidades morais até construir um todo homogêneo e coeso que não possibilitaria distinguir as virtudes das peculiaridades e especificidades (traumas, emoções, fantasias, sonhos proibidos) próprias do “Eu” do sujeito.

Em um artigo, de 1867, denominado *Deveres dos medicos para com os seus doentes, e obrigações dos doentes para com seus medicos*, notamos que o paciente era incumbido do dever de escolher um médico cuja prática fosse condizente com os valores (sobretudo, os morais) da época:

Art. 2º. – Obrigações dos doentes para com seus médicos
*Parágrafo 3º - Os doentes devem preferir um medico cujos hábitos de vida sejam regulares, e que não se dê a companhias, prazeres, ou quaesquer diversões incompatíveis com seus deveres de profissão*³¹.

Façamos uma comparação com um trecho do “*Decalogo de deontologia médica*”:

³⁰ Ibidem. p. 31 e 32.

³¹ GAZETA MEDICA DA BAHIA. *Deveres dos medicos para com os seus doentes, e obrigações dos doentes para com seus medicos*. Salvador: 15/10/1867, Ano II, Nº 31.

II – (...) Dá aos teus clientes o exemplo do que pregas, cultivando a hygiene e fugindo dos máus hábitos, tendo “vida modesta, gosto simples e habitos regulares (...).

Sê attencioso e discreto, fechando a boca e abrindo amplamente os olhos e os ouvidos, sê prudente, tolerante, devotado, probo e corajoso³².

Adiante aprofundarei, em específico, o estabelecimento das regras de condutas que colaboraram para o desenvolvimento do processo de subjetivação. Ambos os textos estão compostos por expressões que enfatizam a valorização de princípios morais, que ressaltam a assepsia, a contenção, a moderação, o autocontrole. Naquela época, companhias, diversões e prazeres, desfrutados pelo médico eram compreendidas como ações que implicariam no questionamento da virtude do profissional. A negação de si mesmo ou o esquecimento de si significava que o sujeito médico deveria abolir os desejos mais íntimos que estimulassem a busca da realização de sonhos, por exemplo, eróticos, deslocados dos padrões indicados como adequados para a convivência com o meio social.

A consciência era concebida como o meio mais propício da tomada de decisão para a prática médica. Era entendida como o campo da razão. Todos os cálculos lógicos eram efetuados e analisados, por meios metodológicos, no campo consciente. Daí a convicção de que o uso racional possibilitaria uma ponderação sensata sobre os procedimentos adotados em casos problemáticos. O campo sensível é transformado em objeto de estudos pelos diálogos de consciência ou pelas moralidades conscientes.

Não há, por assim dizer, qualidade de facultativo cujo exercício não esteja submissa às aspirações de uma consciência honesta. Trata-se aqui de uma honestidade aplicada ao tratamento dos doentes ou, mais geralmente, as relações imediatas que esse tratamento estabelece entre o doente e o médico, que merece precisamente ao homem da arte o nome de consciência³³.

O médico deve, portanto, instituir sobre cada um dos seus deveres, um exame de consciência não somente séria e sincera, mas severo e aprofundado; só assim será puro no viver, justo nas suas ações, fiel a sua palavra, benevolente para os doentes, reto e consciencioso; suas formas se afirmarão na

³² FROES, João A. G. “Decalogo de deontologia médica”. In: *Almanach Medico Brasileiro*. Salvador: Editores Matheos, Rocha & Cia Ltda, 1925. p. 9-14.

³³ ANDRADE, J. M. Op. cit. p. 68.

*verdade e na justiça, e não serão cobertas pelas paixões, pela opinião do dia, pelos caprichos bons do espírito ou do coração*³⁴.

A consciência adquire os atributos de vigilância. O indivíduo médico controlará a si mesmo. As instituições médicas têm seus limites espaciais. Não podem, a todo instante, adentrar na vida privada do médico. Entretanto, o próprio médico é transformado em um instrumento de vigilância e controle de si mesmo. Isso ocorrerá através do exame de consciência. O pensamento consciente relembra e dita as atitudes convenientes nas situações. A transgressão desperta todo o peso da culpa. A autopunição e o autocontrole são meios eficientes de assegurar a solidez da subjetividade.

Era freqüente a comparação do trabalho médico como uma batalha a ser enfrentada e a consciência seria o principal elemento que guiaria a conduta médica: *A vida do médico consciencioso é uma batalha em que é preciso pelear com valor. Inspirado por uma resolução grande, honrosa e ditada por uma consciência, o médico deve ficar no seu posto e nele morrer, se for preciso*³⁵. Essa consciência não é a razão pura do racionalismo. Ela é uma consciência moral que advoga elementos da moralidade e elementos do racionalismo clássico. A aproximação entre essas duas noções de consciência possibilitou a construção de uma virtude peculiar: a consciência honrada.

Pode-se afirmar que na realidade os discursos carregados de virtudes morais não foram praticados. Realmente, a maioria dos médicos não praticou estas condutas com exatidão. No entanto, a eficácia do discurso não se manifesta unicamente na sua conversão em práticas que sigam literalmente os princípios moralizantes. A interiorização discursiva das condutas tem a positividade de constituir traços identitários. As potencialidades das virtudes residem no aspecto de serem capaz de construir positivities. Todas as ações decorrentes das mais profundas qualidades morais eram vistas como imbuídas de elementos importantes para a construção de aspectos úteis para a sociedade.

³⁴ MOTTA, Eduardo Froés. Op. cit. p. 23.

³⁵ Ibidem. p. 23.

Há uma proximidade muito grande entre as virtudes cristãs e as virtudes defendidas como indispensáveis à formação da subjetividade médica. No entanto, seria simplificar, em demasia, se disséssemos que as virtudes médicas eram meras cópias da moralidade cristã. Era comum encontrar discursos médicos que colocavam no mesmo patamar os valores cristãos com os valores médicos. Sem dúvida semelhanças existiram. Entretanto, não são nas semelhanças homogeneizadoras que residem às problemáticas. Vejamos algumas comparações entre os valores médicos com a moral cristã:

Ser médico, em última análise, é dar a cada instante o exemplo de todas as virtudes cristãs. É officiar pontificalmente, aliás longe dos altares da fé, da prática, da credulidade e da superstição, sem as pompas de nenhuma igreja, sem resplendores de luz, nuvens de incenso e sinfonias místicas, porém discreta e humildemente, na alcova negra da miséria humana; tendo por único espectador a Deus, por fanal a caridade e por música o brando ruído de asas do espiritualismo, a esvoaçar alegremente em de redor da consciência³⁶!

O autor do trecho acima aproxima de tal modo a medicina com o cristianismo que não distingue a especificidade de cada área. Com esse tipo de aproximação é fácil cair na falácia de tender a afirmar que a formação da subjetividade médica nada mais é do que uma elementar cópia dos princípios cristãos. Porém, as diferenças entre as virtudes cristãs com as qualidades médicas residem no âmbito do modo e da forma como se problematizaram a questão da formação da subjetividade cristã e da subjetividade médica. No caso das religiões cristãs, de modo geral, o consigo mesmo moral estava voltado exclusivamente para si e para a reflexão transcendental. No caso dos médicos era necessário constituir uma identidade do grupo médico demonstrando que as qualidades individuais dos profissionais estavam voltadas para o outro mesmo que isso sacrificasse aspectos da vida social. Os modos de problematização, da cultura cristã, ressaltavam a precisão de se constituir uma interioridade cheia de virtudes que só seria submetida e analisada pelo o olhar divino. Como já foi mostrada, a subjetividade médica estava essencialmente direcionada para o olhar do outro (humano).

Agora, será articulado outro ponto importante para a formação da subjetividade médica. Uma quantidade considerável de condutas comportamentais foi descrita como a

³⁶ MAGALHÃES, J. A. Op. cit. p. 23.

maneira adequada dos médicos se comporem diante de determinadas situações. Os comportamentos concretos deveriam infundir-se com alguns aspectos semelhantes das representações das virtudes. As qualidades morais das subjetividades médicas delineavam o estilo de comportamento prático e concreto. Contudo era a experiência prática das condutas que solidificava o processo de interiorização das virtudes. As condutas exigiam que os médicos tivessem certas qualidades físicas importantes para a sua postura diante o outro. Vejamos a citação abaixo:

***Qualidades extrínsecas** – reunimos sob este título o que concerne ao físico, a condição social e ao gênero de vida. Nunca estivemos tanto de acordo com Hipócrates senão quando ele exprime o desejo de que o médico seja bem nutrido e de uma aparência moderada. Este desejo transmitimos escrupulosamente a nossos confrades, permitindo-nos acrescentar que a boa saúde e a falta de obesidade são os frutos de uma vida sóbria e ativa. Além disso, convém que o médico tenha os sentidos intactos. J. Frank insistia sobre a utilidade de uma boa vista; apoiar-se hoje num bom ouvido, em honra a auscultação. Um bom olfato não seria menos a desejar, quando se pensa no cheiro de rato dos tifóides. Outros escritores exigem do médico uma voz agradável³⁷.*

O corpo deveria ser modificado antes da execução das práticas médicas. O autor da citação acima denomina essas alterações do físico de qualidades extrínsecas. São qualidades exteriores que estão em direta relação com as qualidades internas das virtudes. Obesidade configurava a imagem de um médico relapso com o próprio corpo – a cultura grega valorizava a sintonia de um corpo bem organizado com o espírito. Além disso, o médico necessitava manter a acuidade dos sentidos do corpo. A ausência ou deficiência de alguns sentidos, praticamente, incapacitaria o indivíduo de se tornar um profissional da área médica. Qual sentido teria em ser médico, se as condições do próprio corpo destoassem das perfeições das virtudes? O médico era hábil o suficiente para transformar as virtudes morais em expressões corporais. Sobre essa ponte entre as virtudes interiorizadas e os gestos corporais externos, leiamos:

O médico afável deve, pois, vir ao encontro dos doentes, simples, complacente, sem mau humor, com o rosto iluminado por um sorriso franco; entreter-se

³⁷ Ibidem. p. 54.

*voluntariamente com eles, não lamentando o tempo que os concede, pregar os sentimentos ternos, pregoar as palavras suaves e bondosas, dispensar as generosas inspirações, os sacrifícios custosos, em uma palavra, todas as expressões da bondade jorrarão, ao mesmo tempo, dessa fonte aberta, que será o seu coração comovido*³⁸.

No texto acima, a bondade é expressa *por um sorriso franco* e pela fisionomia *sem mau humor*, que será acompanhada por outras manifestações de afetos como *palavras suaves* e *sentimentos ternos*. A esse processo denominarei de transfiguração corporal. Todo o modo comportamental do físico era transfigurado em gestos intensamente impregnados com características das virtudes. As transfigurações deveriam ocorrer independentemente das turbulências e dificuldades enfrentadas no cotidiano. O momento reservado ao paciente reclamava a completa transfiguração do comportamento corporal, não transparecendo qualquer resquício de algum comportamento impróprio.

O cuidado com a roupa era outra preocupação que pairava no entendimento dos médicos que articulavam as linhas de condutas profissionais. O desejo de acompanhar a moda era desaconselhado. A moda despertava o sentimento de vaidade que era o contraposto da postura de simplicidade exaltada como o ideal. Acompanhemos a descrição de Andrade:

*Outros ultrapassam ao excesso contrário procura a importância num grande cuidado em si próprio, substituindo a roupa, o gorro ou o chinó e outra hora, pela veste da moda e a gravata branca. (...) Na sociedade, fechada aos prestígios de todo o gênero, o verdadeiro bom tom é o a da simplicidade sem descuido, da urbanidade sem afetação e da gravidade sem sobre olhos; a decência*³⁹.

A decência orientaria as escolhas das vestimentas mais apropriadas aos médicos. Os trajes simples e urbano apresentavam os médicos como desapegados dos interesses materiais e, ao contrário, indicavam o anseio individual em buscar o conhecimento espiritual. A ostentação não era cabível. Mais uma vez o corpo era alvo de

³⁸ MOTTA, Eduardo Froés. Op. cit. p. 33.

³⁹ ANDRADE, J. A. Op. cit. p. 57. p. 12.

modificações. O ato de vestir-se estava em relação direta com a noção de asseio com o próprio corpo.

(...) outra coisa fere imediatamente o meio em que o médico exerce a sua nobilíssima profissão: é a sua compostura, na qual o asseio deve ressaltar por escrupuloso e mesmo exagerado, se tal coisa é possível; a importância higiênica desta qualidade deve o médico, a nosso ver, grande parte da imunidade que, em geral, ele tem, principalmente para as diversas enfermidades de origem infecto-contagiosas.

Porém este asseio irrepreensível deve estender-se do corpo ao vestuário. Não nos esqueçamos de que o público costuma tratar-nos com a consideração que lhe inspiram os nossos trajos, cujo valor real mais facilmente ele avalia, do que o valor moral e intelectual de quem os usa: “tal te vejo, tal te trato”, diz o prolóquio popular, e a cada instante vemo-lo nós sobejamente demonstrado⁴⁰.

A prática da higiene não era somente imposta ao interior das famílias. Os próprios médicos deveriam incorporar os preceitos higiênicos e praticá-los no próprio corpo. A historiografia ressalta, em geral, a interferência das teorias higiênicas no corpo individualizado, familiar e social. Contudo, o corpo do médico era o primeiro objeto de transformação das teorias higiênicas. As regras de condutas higiênicas, primeiramente, traçavam as características ideais do corpo do indivíduo médico para definir as condutas comportamentais. Para a subjetividade médica se concretizar era necessário a total abolição de determinados hábitos (vícios, alcoolismo, tabagismo, promiscuidade, falta de higiene).

EUTANÁSIA E EUGENIA

E o que médicos pensavam a respeito da temática em questão nesta monografia não pode ser generalizado como se todos os brasileiros tivessem as mesmas concepções. Cada indivíduo e grupo social constroem e delineiam seu fluxo histórico⁴¹. Um ponto

⁴⁰ MAGALHÃES, J. A. Op. cit.

⁴¹ O emprego de fluxo histórico tem como objetivo substituir a noção de trajetória histórica. Com o termo *fluxo histórico* podemos entender o indivíduo inserido em longos e constantes processos de

deve ser ressaltado, a de que a monografia trilhará o pensamento e a sensibilidade dos médicos e dos estudantes de medicina. Quais eram as teorias médicas e biológicas que vingavam naquela época? E como elas influenciaram o modo de ver dos médicos sobre eutanásia?

No Brasil de 1910 e 1930, as idéias médicas estavam impregnadas, predominantemente, pelas teorias raciais, eugênicas e higienizadoras. Parte delas advindas da Europa, sendo reformuladas e adequadas pelos intelectuais brasileiros de acordo com as características do país. Essas teorias ao serem colocadas em prática construíram e provocaram diversas segregações sociais. Inúmeras instituições – manicômios, prisões, patronatos, agências de publicidades – surgiram com o objetivo de separar da sociedade os indivíduos considerados não aptos para a convivência social⁴². Neste sentido, o texto “*O médico e o culto da raça*”, publicado em 1925 pelo doutor Castro Barreto, que discorre sobre a importância da eugenia é exemplar:

Antes mesmo de ser, quando a existência ainda se não se prenuncia, estabelece o medico as bases do individuo melhor, no aparelhamento seleccionado de uma melhor linhagem, de uma fecundação propicia em pleno apogeu e hygidez, dos genitores, para o que não só o trabalho do hygienista, mas o do medico, pela sua autoridade moral, como pelo seu prestigio junto a familia seu conhecimento clinico dos cônjuges, pôde ter a mais decisiva influencia, só a elle sendo dado penetrar no trama em que laboram elementos sentimentaes e religiosos. Toda legislação é burlada quando se não escuda nos sentimentos altruísticos do medico ou quando, cedendo elle ás razões do affecto, deixa de librar-se na sublimes razões que forram sua consciência profissional⁴³.

Quais as relações de tais representações com a temática e os significados da eutanásia, com a sua aceitação e prática na área médica?

O médico Renato Kehl foi o fundador, em 1918, da *Sociedade Eugênica de São Paulo*, a primeira instituição do gênero na América Latina. Publicou artigos que

transformações que não segue um único processo de mudança pré-definido, pelo contrário, se defronta com um leque vasto de possibilidades, mas, isso tudo sem perder a autonomia, ou seja, o sujeito mantém suas especificidades e singularidades.

⁴² Ver: MARQUES, V. R. B. Raça e noção de identidade nacional: o discurso médico-eugenista nos anos 1920. In: *L' Ethnographie*. n° 116, automne de 1994, pp 59-69.

⁴³ BARRETO, Castro. “O médico e o culto da raça”. In: *Almanach medico brasileiro*. Salvador: Editores Matheos, Rocha & Cia Ltda, 1925. p. 69-73.

insistiam sobre a relevância da eugenia para a sociedade e de como pô-la em prática pelos profissionais médicos e pelos próprios indivíduos em sociedade. Alguns destes artigos, como “*Annaes de Eugenia*”, “*Eugenia e medicina social*” e “*Como escolher um bom marido*”, oferecem-nos pistas incontornáveis para o aprofundamento da pesquisa. No artigo deste médico, intitulado “*Os primeiros movimentos eugênicos no Brasil*”, fica bem claro qual era o objetivo, ao mesmo tempo ético e político, do pensamento eugenista: *A cruzada eugenica nacional continua. Não faltam espíritos esclarecidos e beneméritos para levar avante o ideal da defesa da Saúde e da beleza da raça*⁴⁴.

A “beleza da raça” é, portanto, enfatizada como um ideal de perfeição social e um objetivo almejado pelos intelectuais médicos. Kehel comparou a prática eugênica a uma “cruzada” (representação carregada de historicidade, que remete a movimentos político-religiosos): isso significa a existência de uma luta entre o bem e o mal. Nesse tipo de abordagem e de representações, os médicos se transformaram em heróis que deviam com muita coragem – essa virtude deveria fazer parte do ofício do médico – expulsar os indivíduos que mancham a sociedade (leprosos, loucos, prostitutas, criminosos, negros etc).

Logo no início da tese, *Da eutanásia nos incuráveis dolorosos (deontologia médica)*, Santos expõe as divisões e classificações da prática da eutanásia predominantes naquele período. As classificações explicitam que no início do século XX houve uma explosão discursiva, principalmente na medicina e no direito, sobre a eutanásia. Antes o tema era objeto filosófico por parte de alguns pensadores. O mais importante destas divisões é o posicionamento contrário de Santos em relação à eutanásia eugênica executada com os objetivos: primeiro, de eliminar todos os indivíduos “degenerados” e “doentes mentais” para construir um consolidado futuro para a raça; segundo, eliminar por razões econômicas todos os inúteis ao trabalho; e terceiro, libertar todos os pacientes terminais do sofrimento por meio do sentimento de piedade. Apesar de Santos ser um adepto das teorias eugênicas, ele é completamente contra a concepção da eutanásia como instrumento da eugenia, sigamos as próprias palavras do autor sobre o assunto:

⁴⁴ KEHL, Renato. “Os primeiros movimentos eugênicos no Brasil”. In: *Almanach medico brasileiro*. Salvador: Editores Matheos, Rocha & Cia Ltda, 1925. p. 30-32.

Somos contra a eutanásia eliminadora de que nos fala Morselli e a sua porque, embora defensores da eugenia, não vemos necessidade de medida tão extrema à bem do futuro de uma raça. Os doentes daquela lista toda dos eugenistas, podem se reclusos em asilo sem poder transmitir a outrem, por descendência, seu mal. Aqueles chamados “sem alma”, até a sua vida alheios, a castração mesmo podia ser aplicada.

A razão de não aceitarmos a eutanásia com nome que está no princípio porque ela era praticada (felizmente hoje já não o é). O cânone da nossa moral, que de nós exige solidariedade recíproca, uns com os outros, nos manda ter piedade daquele a que um acidente tornou incapaz de trabalhar; se da velhice então, mais que piedade, cumpre-nos zelo. Mais criminoso do que o que mata para roubar, é o que mata para não gastar⁴⁵.

A reclusão asilar e a castração são as técnicas sugeridas, por Santos, como as mais adequadas para a segregação de todos os indivíduos portadores de características genéticas prejudiciais ao desenvolvimento da raça, do que a prática da eutanásia. A eutanásia para o autor é uma ação extrema, pois não era necessário tirar a vida de indivíduos para produzir uma sociedade saudável. Em seguida, é evidente a significativa influência dos valores morais na formação da opinião do médico sobre o assunto da eutanásia. Para ele a solidariedade, a piedade e o zelo são valores apregoados pelos preceitos morais. Conclui seu posicionamento contra a eutanásia eugênica afirmando a gravidade de *matar para não gastar*. Esta postura teórica de Santos mostra que nem sempre os seguidores dos princípios eugênicos vinculavam a eutanásia como instrumental da eugenia.

A EUTANÁSIA COMO SIMULACRO

Como vimos, as representações formuladas nas teses médicas foram caracterizadas por fortes ícones morais e religiosos, sendo que cada uma delas detém a sua própria historicidade. Todas as representações são elaboradas e reconstruídas no interior de longos processos históricos. A história das mentalidades e o diálogo da história com a psicologia enriqueceram o campo conceitual para compreender as representações como fenômenos construídos historicamente. A organização de uma

⁴⁵ SANTOS, Ruy. *Da eutanásia nos incuráveis dolorosos*. Tese. Salvador: FMB, Tipografia Araújo, 1928. p. 07.

análise histórica não ignora a relevância dos conteúdos e dos sentidos como formadores de opiniões e de sentimentos. Em várias ocasiões, as fontes históricas podem aparentar um conteúdo cristalizado por noções tradicionais, ortodoxas, moralizantes e dominantes. Como o historiador conseguiria infiltrar-se em discursos que apresentam inúmeros sentidos discursivos aparentemente cristalizados?

É uma questão relevante para a pesquisa histórica definir qual os recursos que o historiador dispõe para desenvolver uma análise historiográfica/interpretativa contundente. De quais instrumentais o historiador detém para investigar as influências do conteúdo das representações na interioridade dos sujeitos históricos? Excluir do campo da historiografia a relevância dos sentidos das representações na compreensão dos processos históricos implicaria a exclusão parcial dos sentimentos, das paixões, dos afetos como constituidores de ações históricas na esfera pública, política e cultural.

Contudo, um ponto se impõe à análise das representações. Pela sua propriedade de sofrer transformações no desencadear da longa duração; essas representações eram entendidas por determinados médicos como virtudes essenciais para o pleno desempenho da atividade médica. Ao decorrer do capítulo percebemos que a interiorização das representações foi crucial para a formação de uma subjetividade médica. A tradução das representações, que no caso específico das teses analisadas, valoriza as virtudes morais e pela subjetividade produz ações, reações, gestos, movimentos de repulsa, de exclusão, de desprezo, de agregação, de admiração e vários outros sentimentos que agem diretamente no planejamento dos projetos políticos de intervenção social.

Porém, o estudo exclusivo dos conteúdos não é a única forma de interpretação. A composição dos estudos que enfatizam as formas e os modos de problematização que possibilitam a instituição do processo de subjetivação; revelou-se de extrema importância para o arsenal interpretativo do historiador. Cada época e cada grupo social têm os seus motivos e desejos específicos em construir uma subjetividade de determinado modo, baseados na conjuntura histórica e social dominante. O estudo das relações de poder – que montaram táticas, estratégias, dispositivos e outros mecanismos de intervenção diluídos nas redes sociais – externas ao indivíduo demonstrou o tanto que foi relevante ao historiador rever suas diretrizes teóricas no estudo das relações sociais concretas.

Foi dito anteriormente que a internalização das representações de virtudes morais, em si mesmo, não estava voltada, em exclusivo, para a reflexão do próprio médico; deveria ser vista e admirada por olhares externos. Então, o processo de subjetivação não era somente para si, mas tinha como objetivo máximo ser construída para a contemplação do outro. Não era necessário que todos os sujeitos sociais seguissem ou copiassem os modos de viver virtuosos dos médicos; até porque isso era considerado impossível pelos médicos, pois era algo restrito e próprio do caráter da deontologia da medicina que exigia uma elevação de espírito.

Os olhares externos do outro não viam a representação em si na interioridade médica. Os gestos médicos que conotam a representação da caridade têm alguma característica específica que lhes seja especiais e específicas? Estas exterioridades são os próprios signos da representação? É possível diferenciar as próprias representações de virtudes das ações que expressam as representações?

Utilizarei o conceito de simulacro para diferenciar a representação em si, interiorizada na subjetividade médica, com os gestos exteriores que apresentariam os traços das representações. Portanto, alguns gestos e atos não são a própria representação, são simulacros da representação. Em primeiro lugar, é necessário compreendermos a inserção da noção de caridade na subjetividade e no discurso médico para ser estabelecido a relação entre a representação da caridade com o ato da eutanásia, transformando a prática da eutanásia em um simulacro da representação de caridade.

Na tese de Motta, *Do médico perante a honra e a consciência*, enfatiza que a caridade é a principal virtude para o desempenho da profissão médica. A virtude da caridade englobaria todas as demais qualidades morais. Era pregado que a meta do médico era fazer o bem, portanto, a caridade sintetizaria todas as virtudes para o direcionamento da prática médica para a realização deste fazer ao próximo. Fiquemos a par das palavras de Motta:

De todas as virtudes que o médico deve ter para os doentes, a caridade é a principal delas: em desaparecendo ela, apagar-se-á de todo, o brilho da aureola cheia de luz, que circunda o seu coração. Ela deverá acompanhá-lo em

*todas as suas ações, fazer mesmo parte integrante da sua gloriosa profissão: ela, que encerra em si todas as outras virtudes, deve ser o seu apostolado*⁴⁶.

A caridade elevaria a alma do médico até transforma-lo em ídolos dos homens, de acordo com o mesmo autor: *A caridade eleva a alma do médico, que a conhece e a cumpre a risca os seu preceitos; faz conhecer a igualdade dos sentimentos, eleva a humildade e torna-o ídolo dos homens*⁴⁷. A idolatria das virtudes se impõe com toda a força. Como um deus, as virtudes somente podem ser sentidas e admiradas, mas nunca podem ser vistas ou tocadas pelos contempladores e seguidores das orientações difundidas. Os médicos criam uma aura de divindade em torno da subjetividade e da profissão médica. Esta pretensa divindade se perderia a qualquer momento em que se desprezassem os valores morais, atentemos para a exclamação de Motta: *Sem caridade o que será o médico*⁴⁸?!

Quais foram as questões prioritárias na problematização da eutanásia como questão médica relevante nas discussões acadêmicas? No Brasil, o debate sobre a eutanásia, no início do século XX, era localizado no interior das instituições produtoras de saber, principalmente, na medicina. O tema da eutanásia não extrapolou as fronteiras institucionais, responsáveis pela administração do conhecimento científico, e, por isso, não foi difundido como assunto de primeira instância no campo público e político (constitucional). Esta restrição é uma singularidade do contexto histórico brasileiro. Em outros países a discussão da eutanásia efervesceu a formação de opiniões e a manifestação de sentimentos políticos, tanto no espaço público, tendo a mídia um relevante papel de difusão, quanto no âmbito dos congressos nacionais.

No Uruguai, há algumas singularidades pertinentes desta difusão da eutanásia como questão política e pública; em 1934, elaborou-se uma legislação que não legalizou a prática da eutanásia, porém possibilitou ao juiz não punir o indivíduo que cometesse a eutanásia, motivado por sentimentos de piedade, vejamos o artigo 37 do Código Penal Uruguaio: *los Jueces tienen la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio piadoso, efectuado por móviles de piedad, mediante*

⁴⁶ MOTTA, Eduardo Froés da. Op. cit . p. 26.

⁴⁷ Idem. p. 27.

⁴⁸ Ibidem. p. 30.

*súplicas reiteradas de la víctima*⁴⁹. Esta lei, provocou uma onda de debates em diversos espaços sociais. Foi pauta dos periódicos da época e esteve presente nas discussões travadas na câmara dos deputados deste país. Leiamos a argumentação do político uruguaio Regales na câmara do congresso, em setembro de 1934:

*Esta disposición , Sr. Presidente, u otra análoga, tal como se propone, no existe en ningún Código del mundo; y no existe en ningún código del mundo porque debemos considerar la vida como un derecho sagrado. Además, en nuestro propio país, no encontraríamos con medios defectuosos en el procedimiento judicial que pueden acarrear serias y grandes dificultades, desde que los medios de prueba en la práctica constante de nuestros tribunales – esa prueba testimonial tan llena de dificultad, tan expuesta a la complacencia, tan difícil de disciplinar alrededor de un criterio de verdad absoluta para el que toma la declaración – harían de este artículo el refugio forzoso de muchas defensas; y le agregaríamos, entonces, a la proclamación doctrinaria del derecho de matar – que me parece socialmente malo – el inconveniente práctico de la aplicación, lo que en definitiva tendría así el doble inconveniente de su error teórico y de su mal práctico*⁵⁰.

O raciocínio explanado no texto acima tece um número de fatores contra a legislação que possibilitou a prática da eutanásia. No entanto, o destrinchar dos argumentos contra o artigo 37 do Código Penal Uruguaio não é neste momento o objetivo da monografia. O mais importante é percebermos o grau de agitação das discussões que transformaram a eutanásia em uma questão política e pública. A discussão da eutanásia na esfera política e pública não foi um aspecto exclusivo do Uruguai, também ocorreu em outros países: Tchecoslováquia, Alemanha, Rússia, Itália, Peru, Espanha e nos Estados de Ohio, Oakland, New York, nos Estados Unidos. Não será abordada as articulações e as problematizações da eutanásia nas discussões nesses países, pois não foi possível encontrar materiais históricos contundentes. As referências encontradas não são suficientes para tecer uma análise aprofundada.

Na Espanha, a década de 20 foi caracterizada como um período de intensas discussões sobre a regulamentação da eutanásia, tendo como fundamento conceitual os pensamentos defendidos por Jiménez de Asúa, penalista espanhol que denominou a

⁴⁹ ALMADA, Hugo Rodríguez e outros. Eutanasia y ley penal em Uruguay. In: *Bioética*. Vol. 7 nº1. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1999.

⁵⁰ DIARIO DE SESIONES DE LA CÁMARA DE REPRESENTANTES. Sesiones ordinarias de la XXXII legislativa. Montevideo: Imprenta Nacional, Septiembre de 1934. Tomo 385. p. 158.

eutanásia como “homicídio piedoso” – as teorias deste penalista influenciaram a formação do artigo penal do Uruguai sobre a eutanásia. Contudo, o conteúdo dos debates não foi convertido em uma legislação.

Voltemos ao contexto histórico brasileiro. A análise aqui desenvolvida tem como principais fontes sobre a eutanásia as seguintes teses produzidas na Faculdade de Medicina da Bahia: *Da eutanásia nos incuráveis dolorosos (deontologia médica)*, de Ruy Santos (1928) e *Da resistência dos estados mórbidos à terapêutica e da incurabilidade perante a eutanásia*, de Benjamim Carvalho (1928).

Não existia unanimidade nos debates sobre a eutanásia. Esta divergência é perceptível nas duas obras sobre a eutanásia trabalhadas como fontes nesta monografia. Santos e Carvalho se formaram no mesmo ano. Por dedução conclui-se que se conheceram, porém não compartilham a mesma leitura sobre a temática. Por isso, serão traçadas as especificidades de cada interpretação construída sobre a eutanásia por esses autores.

Santos começa a tese afirmando que é um dos primeiros no Brasil a escrever sobre o tema da eutanásia. Bastante audacioso, levando em consideração todas as preocupações tomadas na época em velar a discussão. No entanto, quais as caracterizações específicas do seu período que possibilitaram a inserção discursiva da eutanásia no interior das instituições médicas? É evidente que o ímpeto pessoal não é a única razão para a exploração por esta senda temática; outras caracterizações forneceram as condições apropriadas para o surgimento dos discursos referentes à eutanásia.

Como foi dito no capítulo I, nos anos de 1920, o saber médico brasileiro adentrou em uma profunda crise teórica e o pessimismo reinou nas instituições médicas. O que seria proposto para contornar a crise, sendo que os conhecimentos científicos da medicina não conseguiam expor soluções a problemas relacionados com o desencadeamento de doenças incuráveis? O contexto da crise teórica e conceitual – a linguagem médica não rompeu, naquele período, as fronteiras com o indizível e conseqüentemente não criou os recursos instrumentais para combater o desenvolvimento das enfermidades incuráveis – da medicina mais a insatisfação dos

resultados obtidos pelas práticas de intervenção no meio social proporcionaram as condições propícias para o surgimento do discurso da eutanásia.

*Defendo a eutanásia conscienciosamente feita*⁵¹, é a opinião de Santos. A consciência era concebida como o meio mais propício da tomada de decisão para a prática da eutanásia. A consciência era entendida como o campo da razão pura. Todos os cálculos lógicos eram efetuados e analisados no campo da consciência racionalizada. Daí a convicção de que o uso racional possibilitaria uma ponderação sensata sobre os procedimentos adotados em casos de eutanásia. As sensações corporais e sensíveis são constatações secundárias. O campo sensível é transformado em objeto de estudos pelos cálculos de consciência ou pelas moralidades conscientes.

A área de ação da dor não envolve unicamente a estrutura orgânica do corpo; os tentáculos da dor se ramificam até o ponto de transtornar a atividade intelectual e racional do indivíduo agonizante. Sendo a razão considerada, por várias vertentes científicas, a principal característica do *homo sapiens*, livrar-se da dor não significaria acabar somente com o sofrimento físico e, sim, terminar com os tormentos que assolam o espírito racional, leiamos o pensamento de Santos referente a este ponto: *A dor entorpece o raciocínio. Por esta causa é que o indivíduo que sofre grande dor, alheio a todo de envolta, presta-se ao espetáculo mais ou menos escandaloso de gritos, blasfêmias e revoltas*⁵². O nível de dor é “calculado” tendo como referência o grau de alteração sofrida na ordem das faculdades racionais. Portanto, não faz sentido prolongar a vida se houver um significativo distúrbio irreversível das atividades intelectuais.

Santos argumenta a respeito da necessidade dos indivíduos de obedecerem aos valores instituídos pelos cânones da moral social. No entanto, questiona algumas posturas e opiniões que não condenam certos tipos de ações que tiram a vida dos sujeitos sociais. Indica que as leis morais aceitam, e até justificam em alguns casos, a guerra, o homicídio realizado por motivos de adultério e quando o pai se vinga do indivíduo que viola a honra da filha. Em todos estes casos os homicidas poderiam ficar isentos de punição. Para Santos a aceitação destas práticas contradiz as justificativas apresentadas pelos opositores da eutanásia. Ele pergunta como o indivíduo que não

⁵¹ SANTOS, Ruy. Op. cit. p. I.

⁵² Idem. p. 31.

condena o homicídio por adultério pode ser contra o homicídio efetuado por motivos de piedade:

Vamos supor que alguém se acha a algum tempo preso ao leito por um mal incurável e a padecer dores horríveis. Fomos visitá-lo. Ligados ao doente por laços de simpatia, sentimos consigo o seu sofrer. Compadecemos-nos do céu mal. Em gritos, ele nos pede que o matemos, que é sem remédio e que sofre muito. Exige-nos esta caridade.

Si de verdade, solidários com sua dor, sentimos seu sofrer; si dele nos apiedamos; si a caridade de mata-lo, ele nos pede; a ser sincero ao nosso amor, a ser pura nossa piedade, só nos resta uma coisa – atendê-lo!

É isto a eutanásia. Aonde é que ela ofende nossa MORAL social⁵³?!

Agora há a possibilidade de relacionar a prática da eutanásia com a representação de caridade. Já foi indicada anteriormente a importância da caridade como valor moral a ser introjetada e cultivada, no decorrer do processo de subjetivação, na interioridade médica. A força da representação da caridade é muito destacada entre as matizes das representações morais e, por isso, é associada ao eixo central de composição da imagem do médico. Era aconselhado nos discursos prescritivos de condutas que todo o profissional médico expressasse uma aura de caridade no cotidiano de suas relações sociais. Agregou-se a prática da eutanásia com a representação da caridade. Atender o pedido de um indivíduo agonizante para auxiliá-lo a tirar sua própria vida, caracterizou-se como um ato de caridade: *Exige-nos esta caridade*, de acordo com as palavras de Santos. A aproximação entre a eutanásia e caridade é visível.

Em decorrência desta aproximação, a eutanásia é revestida por sentidos ligados com a representação de caridade. Apesar do encurtamento espacial e deste revestimento quase que inevitável, a eutanásia não passa a ser a própria representação de caridade. O aproximar da eutanásia com a caridade foi dado a partir de pontes estabelecidas entre algumas similitudes existentes entre os significados que gravitam em torno do sentido de boa morte – é necessário esclarecer que a vinculação da eutanásia com o significado de direito de morrer não estava, ainda, totalmente clara, como uma questão jurídica, principalmente no Brasil, somente em alguns países essa relação começou a ser desenhada na década de 20 – com os significados que estão ao redor do sentido de

⁵³ Ibidem. p. 37 e 38.

caridade. A movimentação, em estilo de redemoinho, desse jogo de aproximação e distanciamento metamorfoseou o sentido clássico de eutanásia – boa morte – em um simulacro da representação da caridade. É imprescindível distinguir estas formas adquiridas e transformadas, pelas representações e pelas práticas discursivas, ao decorrer dos processos históricos.

A eutanásia tornou-se um simulacro pois foi transformada na imagem daquilo que não é, pelo menos em sua totalidade. A totalidade dos elementos envolvidos na ação da eutanásia não é igual e nem é a imagem e semelhança de todas as características próprias da caridade. A face do simulacro construiu-se a partir da similitude entre alguns elementos em comum, tanto na eutanásia como na caridade. A prática da eutanásia pode abranger uma vastidão de significados, ou seja, pode ser praticada por compaixão, piedade, pela concretização da vontade e desejo do agonizante através do suicídio, pelo exercício do direito de morrer, sem contar as motivações apontadas pelos críticos da eutanásia (distúrbio psicológico do paciente terminal em fase de dores, interesses de ordem econômica, familiar e passional).

A sacralidade da vida, nos fundamentos cristãos, e a inviolabilidade da vida, na concepção do direito moderno são conceitos questionados por Santos. O pedido da vítima assume um poder considerável, capaz de por em xeque todas as teorias que valorizam e protegem a vida. A vontade individual entra em atrito com os princípios instituídos pelas convenções sociais – jurídicas, morais e éticas. Abro um parêntese: infelizmente nesta monografia não será possível, por diversas razões, aprofundar um estudo sobre o sentimento de vontade, tanto no âmbito individual quanto coletivo. Essa pesquisa procuraria entender o processo de formação da vontade e compreender como a vontade é exteriorizada e concretizada em fato social e histórico. Relacionando-a com dois conceitos chaves da historiografia: as necessidades históricas e as possibilidades históricas. Agora, voltemos a Santos, os sentimentos, em jogo, constituidores da vontade individual do paciente incurável são traduzidos pelo pedido para morrer. Nos momentos de dores intensas o morrer – ou os signos do morrer – é invocado, chamado e até estende-se a mão para alcança-lo. Leiamos o texto abaixo:

*A bem de que os princípios sociais não matar o incurável doloroso que tal nos pede? Uns respondem não: – pela **inviolabilidade da vida humana**.*

Não é tão inviolável, porém a nossa vida; e exemplos vários, há pouco citamos. Com mais razão moral que essas mortes é a eutanásica. Porque, além dos princípios sociais sob que ela se acoberta, há outra coisa, que é o pedido da vítima⁵⁴.

O pedido de aproximação entre o indivíduo e o morrer forma uma aliança entre si, de tal força, que nenhum código social e moral consegue impedir o caráter de transgressão desta dupla recém formada. Os termos do pedir do paciente terminal necessitam de poucos elementos – aumento do sofrimento, recuo da paciência, desesperança e centenas de outros – ou de tempo para transformar-se em palavras de ordem de natureza transgressora. A ilegalidade da eutanásia aumenta, em uma proporção exponencial, os espaços para a manifestação do transgredir – desde que o indivíduo fica ciente de suas condições terminais, a transgressão assume a sua forma em um estado latente e imanifestado.

As formas de suicídio são condenáveis na percepção de Santos. Ele distingue a eutanásia do suicídio. O enfermo terminal tem motivos para desejar o morrer. Ao contrário, o suicida não deixa claro, na maioria das vezes, os fatores que instigaram a concretização deste ato. Vejamos esta diferenciação nas próprias palavras do médico:

O incurável doloroso tem razão de sobra para querer morrer, e são muitos os que isto suplicam. Não há a que, neste caso, o que faz a condenação dos suicidas vulgares. Estes fogem muita vez à vida sem razão premente, e, muita vez, por simples abuso de viver. Capazes e úteis a sociedade, negam-se a isto. E, perante a moral social, tal crime é quase homicídio, porque o indivíduo se matando, mata um ser social, extingue uma vida que lhe não pertence, porque é da coletividade⁵⁵.

É evidente que esta monografia não tem como objeto de investigação as diversas formas de suicídio. O suicídio não é o tema central do trabalho. No entanto, é muito interessante a distinção feita por Santos entre as razões da eutanásia e as razões do suicídio. O autor explicita o seu entendimento sobre a conceitualização da vida. Para o nosso médico, a vida não é uma propriedade e, conseqüentemente, não pertence ao

⁵⁴ Ibidem. p. 39.

⁵⁵ Ibidem. p. 40.

sujeito social, portanto, o indivíduo não pode manusear e interferir nos valores que giram em torno da vida, de si e do outro, de forma aleatória e inconveniente. A vida do indivíduo social está nas mãos da coletividade. Tendo isto em vista, o papel da coletividade passa a estipular leis e condutas que preservem a vida de todos os sujeitos sociais. Contudo, é peculiar a aceitação das razões que legitimizam a prática da eutanásia perante a coletividade na ótica de Santos. Estas razões em pró da eutanásia têm como fundo o jogo de aproximações entre a eutanásia e a representação da caridade e, em seguida, a transformação da eutanásia em um simulacro da caridade. Nesta metamorfose surge a força das razões que tem como função defender e legitimar a prática da eutanásia, afrontando qualquer oposição, inclusive os argumentos respaldados em conceitos morais, já que a própria eutanásia foi imbuída de um caráter moral: *Moral social alguma pode exigir viver o incurável doloroso*⁵⁶.

As religiões cristãs não escaparam das críticas de Santos. Chama a atenção, a leitura do médico sobre a mudança que sofre as estruturas dogmáticas das religiões devido às transformações nas sociedades. As mudanças sociais são vistas através do prisma evolucionista, porém, estas teorias o ajudaram a banir a idéia de imutabilidade na compreensão dos fenômenos sociais:

*Nenhuma religião tem sido até hoje imutável. Elas, seguindo a evolução do povo, vão alterando os seus princípios, modificações vão imprimindo nos seus dogmas*⁵⁷.

*Si a religião Católica perdoa as mortes civis (vamos assim dizer), porque não perdoar as exigidas pela piedade e pelo amor, – piedade e amor – esteios da religião de CRISTO*⁵⁸!

O ataque de Santos à postura dogmática da Igreja Católica é explícito. A não aceitação da Igreja sobre a prática da eutanásia reside no fato de que não se aproximou a prática discursiva da eutanásia com a representação moral da caridade ou da piedade. As doutrinas católicas isolam a eutanásia em um rincão e não a aproximam de suas discussões. Quando há uma discussão da eutanásia pelos membros da Igreja, ela é vista envolta em uma esfera que a mantém afastada, para não ser associada com sentimentos

⁵⁶ Ibidem. p. 40.

⁵⁷ Ibidem. p. 45.

⁵⁸ Ibidem. p. 47.

considerados nobres pelo cristianismo – amor, piedade, caridade e outros – e para não abalar o valor da sacralidade da vida. A eutanásia não é transformada em um simulacro da caridade. Façamos um salto no tempo e leiamos o posicionamento da Igreja Católica, exposto na *V Assembléia Geral da Academia Pontifícia para a Vida*, em 1999:

1. *Queremos, em primeiro lugar, reafirmar que a vida humana é sagrada e inviolável em todas as suas fases e situações. Nunca um ser humano perde a sua dignidade em qualquer circunstância física, psíquica ou relacional em que se encontre.*

6. *É com energia e absoluta convicção que refutamos todo o tipo de eutanásia, entendida como o recurso e ações ou omissões com as quais se pretende buscar a morte de uma pessoa a fim de lhe evitar o sofrimento e a dor.*

9. (...) *Aqueles que crêem em Deus e na vida eterna sabem bem que a morte, conseqüência do pecado do homem, deve ser, apesar da sua dramaticidade humana, a porta para a sua união definitiva e eterna com Deus Criador e Pai*⁵⁹.

As três considerações formuladas pela *V Assembléia Geral da Academia Pontifícia para a Vida* revelam valores doutrinários e interpretativos que permanecem e predominam a centenas de anos. É o caso da sacralidade da vida. Na concepção cristã o criador colocou o sopro vital nas narinas do homem de barro e, assim, começou o viver: *Então Iahweh Deus modelou o homem com a argila do solo, insuflou em suas narina um hálito de vida e o homem se tornou um ser vivente*⁶⁰. Em conseqüência disso, somente, o deus cristão sabe qual o momento exato para o término de uma existência humana. No texto é dito que se refuta com absoluta convicção qualquer tipo de eutanásia. Isto está de acordo com a idéia do isolamento e do distanciamento da eutanásia das verdades religiosas defendidas pela Igreja. Os signos do morrer adquirem, a partir das análises interpretativas religiosas, o significado da união, ou seja, o momento da morte é o último instante de contato entre o ser terreno e o ser transcendental. A eutanásia é um fantasma para os dogmas cristãos.

⁵⁹ V ASSEMBLEIA GERAL DA ACADEMIA PONTÍFICA PARA A VIDA. [online] [Acessado: 10/06/2002]. Disponível: <www.terravista.pt/enseada/provita1.html>

⁶⁰ BÍBLIA DE JERUSALEM. São Paulo: Paulus, 1996. Livro de Gênesis, Cap. II, ver. 7, p. 33.

Santos continua sua argumentação tentando demonstrar a incoerência existente quando o Estado e a sociedade aceitam a pena de morte aos chamados criminosos. Para ele, quem defende a pena de morte não pode ser contra a eutanásia:

Faremos como Silveira Lobo a pergunta: “si tem a sociedade o direito de eliminar mentalidades irreparavelmente doentias como as de certos criminosos, entregando-os quer a força, quer a moderna eletrocussão americana, porque se discutir ainda, quando se trata de destruir com suavidade um organismo irreparavelmente doentio, entregue às vascas de agonia lenta e inconsciente⁶¹?”

No caso da pena de morte ressalta-se algumas questões. A vida é considerada um direito natural a cada indivíduo. Com o estabelecimento do contrato social entre os indivíduos e o Estado ficou-se determinado que o Estado preservaria o direito à vida sob qualquer indício de ameaças. Portanto, um assassino em série, ao matar dezenas de pessoas, está violando o direito à vida, motivado por razões particulares. Deste modo, ele passa a ser uma ameaça à sociedade. O Estado se vê no dever de eliminar um sujeito social que é um perigo à vida das pessoas para protegê-las. Neste caso, o Estado regula e controla a manutenção ao direito à vida, sendo a pena de morte um instrumento. Evidentemente, esta concepção não é unanimidade nas discussões públicas nos meios sociais.

Legalizar a eutanásia não é o objetivo da discussão promovida por Santos, pois poderia, na concepção dele, ocorrer abuso – praticar a eutanásia sem o consentimento do paciente, ou em determinados casos sem o consentimento da família, agir por interesses políticos e econômicos. Ele propõe a diminuição da carga penal instituída aos que praticassem a eutanásia. No entanto, uma lei que legalize a eutanásia não deveria, em conseqüência, punir os abusos exercidos? O autor considera a eutanásia crime: homicídio por compaixão: *Somos contra a criação de um projeto especial legalizando a eutanásia, pelos dolorosos abusos que ele acobertaria; precisa porém nossa lei de um atenuante forte aos crimes de homicídio por compaixão⁶².*

⁶¹ SANTOS, Ruy. Op. cit. p. 47 e 48.

⁶² Idem. p. 56.

É muito freqüente ser elaborada pelos opositores da eutanásia a seguinte argumentação: o médico pode errar o diagnóstico e, portanto, o paciente não estaria com a doença indicada pelo especialista. As relações da linguagem médica com os signos das doenças podem enganar e iludir o olhar médico. Então, a questão não se resume a somente a idéia de um possível erro médico, por incompetência. A complexidades do jogo entre os signos das enfermidades mais os números dos exames funcionais dos órgãos emaranham os métodos interpretativos da medicina. Portanto, todos os médicos estão passíveis de cometer erros e não exclusivamente os médicos considerados incompetentes. Leiamos as linhas abaixo:

Quanto a certos traumatismos físicos, nem vale falar. Trazem às vezes, eles, prognósticos mais sombrios, as mais certezas de incurabilidade. Apesar de cientes disto, dirão os anti-eutanásistas “como submeter ao juízo de um médico que é homem e conseqüentemente susceptível de erro, a morte de um indivíduo? Si o prognóstico for mal feito? Quantas verdadeiras ressurreições se encontram por aí”⁶³” (...)

Para combater a eutanásia, com este argumento, seria condenar a medicina clínica. O mesmo médico, – homem suscetível de erro que erra um prognóstico, – pode errar um diagnóstico, e terapêutica inadequada aplicar no seu doente. E si em alguns casos é somente inadequada, em outros pode ser criminosa⁶⁴.

Agora, voltemos à tese *Da resistência dos estados mórbidos á therapeutica e da incurabilidade perante a eutanásia* do médico Benjamim Carvalho. Ele teceu uma série de considerações sobre o valor positivo do emprego de terapias bem fundamentadas no combate das enfermidades. O autor reservou o último capítulo para discutir a eutanásia. Benjamim Carvalho, logo expõe a sua opinião contrária à prática da eutanásia:

(...) “na eutanásia vê a medicina um dos seus maiores inimigos, por isso que solucionado pela morte legalizada, o caso que lhe oferece campo de ação, ela fatalmente dominará preguiçosa nos seus feitos e glórias passados gozando de uma letargia doentia e nociva”.

“Medicina e eutanásia não se ajustam na mesma plana”.

⁶³ Ibidem. p. 79.

⁶⁴ Ibidem. p. 80.

*Encarando a questão no ponto de vista prático da medicina e sua finalidade, forçosamente haveremos de condenar a sua aceitação em vista da grande incompatibilidade que perdura entre ambas*⁶⁵.

A eutanásia é colocada como inimiga da medicina, ou melhor, há uma incompatibilidade intransponível entre ambas. Durante toda a tese Benjamim Carvalho desenvolveu os argumentos em torno da capacidade da ciência médica de proporcionar a cura. Portanto, o desejo pela eutanásia, de um modo geral, interrompe as práticas médicas de intervenção no corpo enfermo, afastando a expectativa de uma possível cura. Desta maneira, Benjamim Carvalho põe a eutanásia e a medicina em campos distintos e distantes. A eutanásia somente proporcionaria perigos às práticas terapêuticas de tratamentos empregados pelos médicos:

*(...) bem se compreende o grande perigo de ordem social que poderá daí emanar pela transformação desse direito, a princípio restrito em dilatada prática abusiva de despenar, como chamam os espanhóis, por isso que é esta a maneira melhor de se ver livre o médico de um doente crônico, e, que talvez não chegasse ainda, as fronteiras da incurabilidade*⁶⁶.

Na concepção de Carvalho, a legalização da eutanásia desencadearia uma série de mortes incontrolláveis. Muitos enfermos seriam mortos antes de se tornarem pacientes terminais. Hoje, os opositores da eutanásia denominam a possibilidade da prática abusiva da eutanásia como *ladeira escorregadia*. Legalizar a eutanásia significaria, para os opositores, abrir espaços para a propagação sem controle da eutanásia. Em relação à decisão do paciente incurável de desejar a morte Carvalho afirma:

Satisfazer-se ao pedido de eutanásia, feito pelo doente e só por ele, é procedimento errado, por quanto na maioria deles, são patentes o desânimo e a descrença de que não mais volte a saúde, e então, o seu espírito impregnado dos mais torturante pessimismo, facilmente os levará ao desespero de preferir a morte. É de observação corrente nos meios clínicos, o fato de, ainda bem não

⁶⁵ CARVALHO, B. A. de. Op. cit. p. 88.

⁶⁶ Idem. p. 88.

se exasperam as dores, já o doente deseja morrer, e, “não são as dores mais agudas a representação dos casos incuráveis⁶⁷”.

O pedido expresso pelo enfermo de acelerar a morte não deve ser relevante para os médicos, de acordo com Carvalho. Para ele, o desejo de morrer do paciente é oriundo do momento de fragilidade e de pessimismo vivido pelo enfermo, por isso, o paciente não acredita mais na possibilidade da cura.

O diagnóstico errado é outro ponto complicador para a realização da eutanásia:

Fiar-se o clínico em seu diagnóstico para assegurar a incurabilidade de um doente e deste jeito indicar a eutanásia, é grande temeridade para o profissional escrupuloso nos seus misteres, dada a frequência com que se nos apresenta falível o seu pensar ainda que seja a sua opinião secundada por outras de incontestável valia e auxiliada pelos meios mais seguros de que dispunha a ciência do diagnóstico⁶⁸.

O médico corre o risco de cometer erros no diagnóstico do paciente. Então, um enfermo pode ser diagnosticado como terminal sendo que somente é portador de uma doença temporária. Benjamim Carvalho discorre, em sua tese, sobre a necessidade do médico deter um amplo domínio em vários campos dos conhecimentos (medicina, química, farmácia, semiologia) e nos instrumentais utilizados para não cometer equívocos na hora de definir o diagnóstico do paciente. Contudo, a própria vulnerabilidade do profissional médico e do conhecimento da medicina é apontada nesta situação como um argumento contra a eutanásia. Vulnerabilidade constituída pela própria acumulação de saber.

Benjamim Carvalho continua sua explanação ressaltando o desprezo sentido pelos defensores da eutanásia contra o conhecimento médico:

E se os eutanásistas apresentem ainda hoje, como argumentos principais, os sentimentos de humanidade, caridade e de solidariedade para

⁶⁷ Ibidem. p. 88 e 89.

⁶⁸ Ibidem. p. 89.

com os que imploram a morte, e o horror da contaminação nos casos de incuráveis contagiosos, acreditamos que domina nesta maneira de agir, não o sentimento de que realmente falam, mas, bem ao contrário, como desprezo ou desinteresse pelas causas da medicina, aquelas que se apresentam sobre aspecto mais nevoento, complicado mesmo⁶⁹.

O desprezo referido por Benjamim Carvalho revela o quanto que a instituição e o conhecimento médico não eram unanimidades nos anos 1920. O processo de inserção e de legitimação da medicina no contexto brasileiro foi objeto de desconfiança pelos olhares dos sujeitos sociais.

Apesar de todas as tribulações enfrentadas pelo enfermo incurável, o instinto de conservação impede que seja tomada qualquer decisão que prejudique a vida:

(...) não, é que ainda não se habituaram aos gemidos continuados e ao quadro horrendo da miséria humana, não compreendem que, por mais negro que a nós pareça esse quadro de existência, nele ainda perdura o instinto de conservação, ao qual o homem jamais se encontrará com o direito de roubar⁷⁰.

⁶⁹ Ibidem. p. 91.

⁷⁰ Ibidem. p. 91.

CAPÍTULO II: EUTANÁSIA E LITERATURA

Este se distancia em alguns pontos do capítulo anterior. Desde as primeiras reflexões sobre a eutanásia, quando foi elaborado pela primeira vez o projeto, definiu-se como objeto a importância de se analisar as representações da eutanásia no campo literário. Contudo, no início isto não foi viável, pois não se sabia da existência de alguma obra literária, do início do século XX, que tivesse como tema central à discussão sobre eutanásia. Afastei a relação eutanásia/literatura dos objetivos da pesquisa.

Uma reviravolta se sucedeu no caminhar da pesquisa. Em janeiro de 2004, encontrei, em Montevideu (Uruguai), duas obras literárias que despertaram a minha atenção. São elas: *Eutanásia* de Francisco Imhof e *La vida comienza mañana* de Guido da Verona. A atividade de campo do pesquisador está à mercê de acontecimentos inesperados e alguns fatos até são de um tom cômico. Por isso, não deixarei de contar uma singularidade que envolveu o primeiro contato que tive com o livro *Eutanásia*. Descobri a existência de um exemplar da obra na Biblioteca da Facultad de Humanidades y Ciencias. Entreguei as referências do livro à funcionária da biblioteca para buscá-lo no meio das prateleiras. Essa senhora tinha um cabelo tão branco como a neve e o seu rosto era bastante enrugado. O seu andar era lento. Sem dúvida, sua idade ultrapassava os sessenta anos. Quando voltou e entregou o livro, perguntou: *Eutanasia significa buena muerte ¿no?*. Respondi que sim e, em seguida a senhora fez a seguinte questão: *¿No vas a hacer la eutanasia conmigo?*. Diante de tal questão tão inesperada abri um sorriso e respondi que não e ressaltei ainda que nem brincando.

A análise histórica de uma fonte documental não começa somente quando é realizada a leitura teórica e interpretativa do conteúdo do material. O exercício do historiador em buscar as fontes propicia experiências ricas e inesquecíveis. É na prática do historiador, nos mais diversos espaços institucionais e sociais, que brota as primeiras fagulhas da análise interpretativa. O simples título de uma obra teatral provocou uma situação única em que emergem reflexões pertinentes sobre a temática pesquisada.

EUTANASIA DE FRANCISCO IMHOF

ALBERTO

(Con exaltación creciente, radiante y febril). Sí, frente al mar que calma como la morfina. Alcánzame un block para hacer un croquis del chalet. Ahora mismo quiero esbozarlo. Siéntate ahí. (Dibuja). Ves, en el fondo está el mar y aquí la planta baja de nuestro chalet; una gran terraza, llena de flores, una ancha escalinata que conduce al hall, siempre lleno de luz; aquí el leaving (entra Dubois y se detiene en la puerta), el leaving (se interrumpe echa la cabeza hacia atrás, muy pálido, los ojos muy abiertos y fijos, mueve los labios convulsivamente como si pronunciara imperceptiblemente la palabra “Eutanasia”, al mismo tiempo que su mano, con el lápiz, escribe lentamente, torpemente, la misma palabra)¹.

Momento de revelação. Alberto, a personagem principal, o paciente enfermo do enredo, durante um corriqueiro planejar do futuro, entra num estado de transe; neste estado de semi-inconsciência e de transfiguração física murmura e escreve a palavra fatídica: eutanásia; prenunciadora de um futuro quase inevitável. O desencadear desta revelação tão inesperada será analisada no decorrer do texto. Tendo em vista, os sentidos atribuídos às representações de eutanásia e as problematizações que possibilitaram a articulação do corpo da obra.

Eutanasia de Francisco Imhof é uma peça teatral que foi apresentada, pela primeira vez, em Montevideu, no ano de 1927, pela companhia teatral Codina. No livro há uma carta aberta, escrita por Carlos M. Princivalle, publicada primeiramente, no Jornal “El Día”, em julho de 1927, que exalta os pontos levantados na apresentação teatral sobre a temática central. Princivalle começa o seu comentário salientando a pouca receptividade do público em relação à apresentação teatral em discussão; acompanhemos o que diz o crítico:

... iba prevenido en contra de su obra. Esa prevención era un resultado de los artículos publicados por la mayoría de los cronistas teatrales de diarios, que no hacían comentarios favorables de ella. (...) no me sorprende de que no

¹ IMHOF, Francisco. *Eutanasia*. Montevideo: Casa A. Barreiro y Ramos S. A., 1928. p. 30.

agradara a parte del público, como sucedió, porque el público se siente desconcertado y resiste o protesta ante aquello que no entiende².

O desagrado do público em relação à apresentação e ao conteúdo da obra pode revelar elementos mais significativos, do que se fosse uma obra de sucesso proclamada aos quatro ventos. Os críticos teatrais não teceram comentários positivos, de acordo com Princivalle, e o desgosto do público era conseqüência da falta de entendimento sobre a temática em jogo. No entanto, não é surpreendente esta reação em cadeia de insatisfação. Apesar de não ser possível analisar a qualidade da apresentação teatral feita naquela época, há como compreender as articulações entre o conteúdo da obra e a recepção do público. A eutanásia é um tema que se movimenta nos interstícios dos discursos e dos sentimentos até o momento exato em que manifesta a sua força. Tenta-se ocultar, principalmente, nos discursos, as problemáticas sugeridas e expostas pela eutanásia. Entretanto, isto é uma tentativa que não obtém uma alta porcentagem de eficácia, tanto que em diversas circunstâncias o desejo de morrer ganha espaço no campo sensível e, inclusive, no campo denominado de racional. Quando algo que precisa ser velado, ocultado, isolado, restringido se torna visível provoca reações contrárias. Daí o descontentamento do público e dos críticos sobre o conteúdo da obra.

Em paralelo à análise da peça teatral propriamente ditos serão adicionados os comentários de Princivalle. A história da obra se inicia no espaço hospitalar e o ambiente em que se desenvolve a trama do primeiro ato pouco lembra os corredores frios de um hospital:

DECORACIÓN

Solarium de Sanatorio, con ventanal amplio al foro, que da sobre el mar. Se ve un pedazo de playa, el mar y el cielo azul; en el horizonte un una isla con un faro. En el solarium puertas a la derecha e izquierda.

ALBERTO Y MARÍA TERESA

(Al levantarse el telón, ALBERTO, está sentado en un sillón de ruedas contemplando el mar; entra una enfermera que coloca un ramo de flores sobre una mesita y sale. Después de un momento entra MARÍA TERESA, por

² Idem. p. 05.

*derecha, con un servicio de chocolate que coloca sobre una mesita al lado del enfermo)*³.

A descrição do espaço em que começa a história pouco se assemelha com a organização hospitalar tradicional. Pelo contrário, são ressaltadas imagens como o mar, a praia, o céu e a ilha, que contrastam com o ambiente mais frio dos corredores hospitalares. Não é por acaso que Imhof elegeu o espaço institucional médico para o desenvolvimento da temática da obra. É feita uma aproximação entre o espaço de cura – o hospital é um local onde todos os esforços se confluem para afastar, o máximo possível, a morte– e a eutanásia – a boa morte ou o desejo de morrer. Logo de início já é colocada esta aparente contradição – digo aparente porque é como o autor problematiza as questões em jogo para colocá-las como contraditórias entre si, com a intenção de desenvolver o seu pensamento.

Alberto Andújar, a personagem que representa um paciente enfermo, aparece em um meio de certo modo agradável. Uma enfermeira coloca flores e a esposa de Alberto, Maria Teresa, leva até ele chocolate. Nesse ambiente não parece haver uma preocupação, por parte dos personagens, com a morte. E de fato a discussão sobre o morrer ainda não era parte da conversação. No entanto, algumas imagens que chamarei de *premonições discursivas* – são elementos discursivos desveladores de pequenos detalhes que apontam para um futuro determinado, na maioria das vezes, esses elementos premonitórios não são entendidos ou são desconhecidos pelos personagens da trama – revelam a presença e proximidade dos signos do morrer.

A primeira visão do leitor de Alberto é que ele está sentado em uma cadeira de rodas *contemplando* o mar. Este ato de contemplação não revela somente uma admiração do personagem pela beleza natural do mar e da praia. Sem saber Alberto está contemplando e vislumbrando a proximidade da morte. No horizonte do mar há uma ilha com um farol. Nada mais é do que a ilha da morte. No livro *História da Loucura*, Foucault discorre sobre os sentidos e significados, para a época do início da renascença, de transladar o doente, no caso os denominados de loucos, para outras regiões além mar sem destino certo⁴.

³ Ibidem. p. 23.

⁴ FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. 6ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

A imagem do farol em uma ilha isolada é muito significativa. A luz do farol guia todos que necessitam de orientação para chegar a um local seguro sem perigos de tribulações. A morte reflete com intensidade a sua luz para indicar a tranqüilidade e serenidade do porto final que oferecem a todos seres viventes. A relação da morte com a imagem de uma ilha isolada fizeram parte do imaginário europeu, principalmente, nos românticos alemães do século XIX⁵ (ver figura).



Ilha da morte, 1880.
Arnold Böcklin (Suíça, 1827-1901).
Óleo em madeira, 29x48.
Reisinger Fund, 1926.

A travessia simbólica do mar purifica – a água é o símbolo da purificação – a alma do indivíduo para preparar-la a encontrar o repouso da morte. As premonições discursivas que abrem a peça teatral *Eutanásia* apontam que o nosso personagem Alberto necessitará passar por um momento de purificação de sua alma para alcançar a tranqüilidade do repouso dos mortos. A eutanásia representa a morte e é o farol que o conduzirá pelas sendas das águas de purificação até terminar a travessia. Em dado

⁵ Ver: GAY, Peter. *O coração desvelado: a experiência burguesa da rainha Vitória a Freud*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

instante, Alberto expressa com veemência sua admiração e sua vontade de viver perto do mar mesclando sentimentos de alegria, de tranqüilidade, de serenidade, de terror e de angústia:

ALBERTO

*(Exaltado), ¡Viviré, María Teresa! ¡Viviremos, sanos, fuertes, queriéndonos! ¡Viviremos frente al mar! ¡Ah, el mar, María Teresa! ¡Cómo aprendí a quererlo durante mi enfermedad! ¡El mar sereno, el mar tumultuoso, el mar risueño, el mar terrible! (pausa). ¡El mar es como la vida!, la hermosa, la terrible vida (pausa, transición). ¡Ahora, a veces me espanta la vida, el porvenir! ¡Siento por momentos un vago terror, una angustia!; ¡como si me amenazara un peligro, un peligro desconocido!*⁶

Uma atração de forças aproxima Alberto aos limites que o separam da morte. Sem estar ciente, ele deseja com uma grande carga de emoção estar frente a frente com o mar: *¡Cómo aprendí a quererlo durante mi enfermedad!*; ou seja, no período de enfermidade a morte se aproxima sorrateiramente. No entanto, a exaltação da vida é acompanhada pela presença da morte que faz Alberto sentir sensações de terror e angústia. Tanto que sente medo do porvir. Apesar dos planos idealizados pelo personagem o futuro provoca temor, e, isto ocorre exatamente porque a morte ronda a sua existência.

Tendo em vista a composição das figuras e das imagens acima analisadas entenderemos o aparecimento inevitável de um personagem invisível: a própria morte. Alberto concentrava-se em desenhar o esboço do chalé que construiria para que ele e sua esposa vivessem tranqüilamente. Não é de estranhar que esta casa foi pensada em ser erguida frente ao mar, será preciso citar novamente um trecho da obra:

*(se interrumpe echa la cabeza hacia atrás, muy pálido, los ojos muy abiertos y fijos, mueve los labios convulsivamente como si pronunciara imperceptiblemente la palabra “Eutanasia”, al mismo tiempo que su mano, con el lápiz, escribe lentamente, torpemente, la misma palabra)*⁷.

⁶ IMHOF, Francisco. Op. cit. p. 29.

⁷ Idem. p. 30.

Alberto sofre um tipo de transe. É o primeiro contato direto com os signos do morrer. A sua consciência e o seu corpo – palidez, convulsões musculares, olhar extático – são transfigurados a tal ponto que o seu “Eu” desaparece e dá lugar à própria morte. A morte se incumba da tarefa de mostrar o significado da palavra eutanásia, pois Alberto e Maria Teresa até no momento da revelação desconheciam o sentido do termo, tanto que o médico Dubois responsável pelo paciente pergunta: *¿Conoce usted el significado de la palabra “Eutanasia”?*⁸. A resposta de Alberto é negativa: *No, no lo conozco; no recuerdo haberla oído ni leído nunca*⁹. O que era, ainda naquele instante desconhecido, forma um corpo presencial de ideais – personificadas em forma de símbolos – que o acompanhará até o momento final da obra. O corpo de Alberto é usado pela morte, isto fica evidente quando ele se surpreende ao perceber que as letras da palavra eutanásia não eram as suas, vejamos o susto do personagem diante de tal constatação: *¡No, María Teresa; no ves que no es letra mía!*¹⁰. A letra da morte indica o caminho a ser seguido, antecipando qualquer cogitação sobre o tema. É uma tentativa de orientar o destino do viver de Alberto. A manifestação materializada, através da escrita, de uma “entidade” transcendental provoca um profundo impacto nos indivíduos, principalmente em culturas em que predomina os valores religiosos, místicos e mágicos. Na cultura cristã, o ato do seu deus, Iahweh, de escrever as tábuas dos dez mandamentos com os seus próprios dedos invadiu e dominou o imaginário cristão; criando uma aura de veneração e respeito aos poderes divinos. A morte adquire a forma de uma personagem que a princípio não se apresentava de modo tão explícito, somente, por meio, das premonições discursivas que se distinguem elementos dos signos da morte que tangenciam o viver do personagem enfermo. Através do fenômeno a morte incorpora o papel de guia e orientadora do viver de Alberto.

Voltemos a atenção, por enquanto, para as características do médico Dubois, responsável pelo tratamento de Alberto. Dubois presenciou o desencadear do transe, pois ficou parado na entrada da porta em silêncio e somente entrou quando o fenômeno havia acabado. Depois de ficar sozinho com seu colega de trabalho, o médico Muñoa,

⁸ Ibidem. p. 32.

⁹ Ibidem. p. 32.

¹⁰ Ibidem. p. 32.

Dubois denomina o fenômeno pela óptica científica e explica o ocorrido para o seu companheiro que em primeiro instante não crê na realização de tal fato:

DUBOIS

Es un caso de escritura automática, presenciado por mí mismo.

MUÑO A

¡Cómo chiste, no está mal!

DUBOIS

Estoy hablando en serio, doctor Muñoa. Hace apenas cinco minutos estaba Andújar, a quien usted conoce, sentado aquí, en su sillón, con una hoja delante, en la cual dibujaba este croquis de chalet; frente a él, su mujer; y por esta puerta entro yo en el instante preciso en que el enfermo cae en trance; la cabeza echada hacia atrás, palidez intensa, los ojos muy abiertos, los labios que murmuran una palabra imperceptible, mientras la mano dibuja, pesadamente, inconscientemente, automáticamente, la palabra “Eutanasia”¹¹.

O transe é compreendido como um fenômeno de escrita automática. Precisaremos percorrer mais um pouco as falas dos personagens médicos para compreendermos a explicação deste fenômeno. A questão fundamental é a seguinte: Como Alberto seria capaz de escrever eutanásia sendo que desconhecia por completo a existência de tal expressão? O médico Dubois é um cético, por isso, acredita que tudo é possível, no entanto, precisa de argumentações bem fundamentadas para dar crédito a determinada teoria. Já o colega de Dubois, o médico Muñoa, afasta sem discussões as explicações religiosas do espiritismo: *(Burlón). Sí, todo es posible, menos la intervención de los espíritus con sus advertencias de ultratumba¹²*. Muñoa supõe que Dubois tenha pensado na alternativa em praticar a eutanásia em Alberto:

¿Quién conoce los abismos de lo subconsciente? Tenemos por un lado a Andujar con su médula lesionada, parálitico quizás para siempre, por otro, a usted su médico. ¿Está usted seguro de no haber pensado, más de una vez, que la muerte sería para él la mejor solución¹³?

¹¹ *Ibidem.* p. 35.

¹² *Ibidem.* p. 38.

¹³ *Ibidem.* p. 37.

O desejo mais íntimo do médico Dubois em praticar a eutanásia, no caso do paciente Alberto Andújar, está alicerçado em sentimentos ambíguos. Emerge uma paixão de Dubois em relação à esposa de Alberto e, simultaneamente, começa a desprezar a maneira de viver de Alberto – somente teria se casado com María Teresa para obter o dinheiro da família e, assim, gastar com seus próprios prazeres – que era considerada inútil para a sociedade. Contudo, até o momento de ocorrência do fenômeno da escrita automática, a vontade de praticar a eutanásia não era uma idéia clara no pensamento de Dubois; sigamos a fala do médico sobre os pontos acima referidos:

DUBOIS

(Pausa). Sí, no niego la posibilidad de que yo pueda haber pensado alguna vez que la muerte sin agonía sería para él la liberación (pausa). Para él y para ella. (Con rencor reconcentrado). Entre paréntesis, nada perdería la humanidad con la muerte de ese inútil, que se casó con una mujer maravillosa porque tenía dinero, y que la abandonó al día siguiente para continuar su vida crapulosa, gastando la fortuna mal adquirida, con ramerás. Y que un buen día al lado de una mujerzuela, se rompe la columna vertebral en un accidente de auto (pausa). Sí, puedo haber pensado que la muerte sería la liberación para él y su mujer; pero no sé si alguna vez llegué a concretar mi pensamiento en la palabra “Eutanasia”; y ahí precisamente está el problema¹⁴.

Toda a explicação de Dubois foi dita com concentrado rancor. É por meio das palavras rancorosas do médico que ficamos a par do passado de Alberto. O casamento entre Alberto e María Teresa alicerçou um antagonismo; que perdurou até o instante do acidente, pois nesta ocasião estava acompanhado de uma prostituta; a união do “cafajeste” com a mulher perfeita. Foi preciso o acidente para que Alberto passasse pela travessia da purificação. A retirada das máculas do passado não tem como objetivo central uma salvação espiritual. Este processo de purificação do espírito visa preparar a alma de Alberto para um encontro tranqüilo com a morte. Contudo, Dubois não está preocupado com essas questões. Para ele, a vida de Alberto já era uma inutilidade para a sociedade antes mesmo com o acidente. O acidente, na óptica de Dubois, somente, realçaria mais o tanto que Alberto era desnecessário. Conclui que um viver inútil deve ser eliminado do meio social; a isto, o médico denomina de liberação ou libertação. A

¹⁴ Ibidem. p. 37.

vida de um sujeito social, em determinado momento, pode transformar-se em um peso – econômico, afetivo, psicológico – para a sociedade e para os indivíduos sociais. Depois desta argumentação de Dubois, Muñoa explica com maiores detalhes o fenômeno da escrita automática:

Para mí no hay tal problema. Usted es médico y es lógico que, al pensar en la muerte de Andújar, su mente haya sintetizado su pensamiento en la palabra técnica: “Eutanasia”. Y al hacerlo transmitió la palabra al cerebro del enfermo, que la reprodujo inconscientemente. Todo el fenómeno se reduce, pues, a un caso de transmisión de pensamiento y el acto automático de un enfermo debilitado por una larga dolencia y la morfina¹⁵.

O trecho acima é bastante revelador, pois demonstra com clareza a grande influência exercida pela psicanálise e pela psicologia experimental da época, na constituição da peça teatral de Francisco Imhof – contudo, não é surpresa alguma a aproximação da literatura com o saber científico; *Frankenstein* de Mary Shelley e as obras de Júlio Verne são exemplos da aproximação feita entre o campo literário com as imagens científicas. O conhecimento científico da psicologia experimental explica com exatidão as causas que geraram o fenômeno da escrita automática. Princivalle diz: *La palabra “Eutanasia”, representativa de una idea-fuerza, o idea-motor nace inconscientemente en el cerebro del doctor Dubois¹⁶*. É visível a importância do conceito de inconsciente na articulação de toda a peça teatral. O inconsciente foi um dos conceitos mais estudados, durante o século XX, no entanto, continua sendo uma incógnita. As circunstâncias vivenciadas pelos personagens criaram as condições necessárias para que no cérebro de um único sujeito surgisse de forma inconsciente a imagem psíquica da eutanásia. É uma imagem mental que pode ser chamada de um fato psíquico pois nasce dos fenômenos orgânicos do cérebro. Este fato psíquico adquire uma força-motor incontrolável porque, a partir dela, são estabelecidas transmissões de pensamentos entre o médico – a autoridade forte e dominante – e o paciente – o enfermo fraco e debilitado. O cérebro de Alberto traduz as mensagens enviadas inconscientemente pelo médico. Essa transmissão de pensamentos segue uma trajetória

¹⁵ *Ibidem*. p. 38.

¹⁶ *Ibidem*. p. 07.

vertical, ou seja, acontece no interior de uma hierarquização de forças, do médico ao enfermo, do forte ao fraco.

Afastando um pouco a explicação científica fornecida no enredo, o fato é que o fenômeno do transe evidenciou que, a cada grão de areia depositado no fundo da ampulheta, aumentava a angústia dos personagens em relação ao porvir. O doutor Muñoa ao se encontrar com María Teresa tenta animá-la afirmando que a recuperação do marido aconteceria de forma paulatina. O diálogo entre esses dois personagens ocorreu da seguinte maneira:

MUÑOA

¿Cómo está, señora? Ya sé que su marido está mejor. Hay que tener paciencia. Poco a poco se repondrá.

M. TERESA

(Con amargura). ¡Poco a poco! Hace cuatro meses que sufro. ¿Se curará?

MUÑOA

Se curará, señora. Es cuestión de tiempo. Confíe en el doctor Dubois¹⁷.

O tempo é caracterizado de duas maneiras bem distintas ao decorrer da obra. A primeira percepção do tempo está associada com um sentido de ilusão. A ilusão de um porvir lento da cura. Os médicos utilizam deste artifício para ocultar temporariamente, de uma eficácia efêmera, os fatos concretos – o inevitável encontro com o morrer – com a intenção de aliviar os sofrimentos das pessoas ligadas ao paciente terminal: *es cuestión de tiempo*, a cura nas palavras do médico Muñoa. Em contraposição há uma outra faceta do tempo empregada no texto. É o tempo gondoleiro, sua responsabilidade é de transportar com lentidão o enfermo até o momento do morrer. A frase de María Teresa, *¡Poco a poco! Hace cuatro meses que sufro. ¿Se curará?*, explicita a presença deste tempo que levará o seu marido a um final não desejável. É a primeira vez na trama que aparece o ponto de interrogação da dúvida que questiona a validade do discurso médico amenizador.

O tempo gondoleiro está em estrito contato com as vias de purificação a serem percorridas por Alberto. Em dados momentos do texto aparecem essas imagens que

¹⁷ *Ibidem.* p. 40.

invocam a necessidade de buscar a pureza de espírito, já que o passado de Alberto não era visto com bons olhos. Em um certo instante é invocada a imagem do purgatório:

M. TERESA

¡Alberto! Una gran noticia; quizás mañana podamos salir del sanatorio.

DUBOIS

¡De la cárcel!

ALBERTO

Del purgatorio, doctor¹⁸.

Duas imagens empregadas para caracterizar o espaço hospitalar são colocadas lado a lado, contudo, possuem diferenças significativas. A imagem do hospital como uma prisão é exclamada pelo médico Dubois; para ele Alberto era um indivíduo sem serventia alguma para a sociedade e o espaço hospitalar aprisionava no seu interior um sujeito inútil. Entretanto, para Alberto, o período de estada no hospital representou simbolicamente sua passagem pelo purgatório. O purgatório é uma imagem de fortes raízes na cultura cristã católica e permaneceu, durante séculos e até os dias atuais, no imaginário coletivo religioso. A montanha do purgatório inspirou centenas de escritores e poetas como Dante Alighieri:

*Ora o segundo reino vou cantar
onde a alma humana purga-se e auspicia
torna-se digna de ao céu se elevar¹⁹.*

A sensação simbólica de permanência num purgatório transformou os olhares de Alberto. Ele descobriu as virtudes de sua esposa e passou a valorizá-la: *Quiero que esto sea un episodio; una desgracia que, en definitiva, será un beneficio porque me reveló tu alma²⁰*. No entanto, isto não é garantia de um relacionamento harmonioso, apesar das tentativas de planejar um futuro tranquilo. Contudo, transcorre o tempo e oito meses

¹⁸ Ibidem. p. 41.

¹⁹ ALIGHIERI, Dante. *A divina comédia: purgatório*. São Paulo: Editora 34, 1998. Canto I. p. 13.

²⁰ IMHOF, Francisco. Op. cit. p. 42.

são completados. Nenhuma perspectiva de cura aparece para aliviar o sofrimento de Alberto de ficar paralisado no leito hospitalar sentindo dores fortes.

Entra em cena o pai de Alberto, o senhor Andújar. A presença deste personagem na peça faz um contraponto com o enfermo Alberto. Pai e filho eram semelhantes entre si ao que diz respeito viver uma vida despreocupada: *Nunca hemos simpatizado. Nos parecemos demasiado. De tal palo, tal astilla. Los Andújar tenemos abolengo gaucho, indio, de los tiempos de Abayubá*²¹. A trama começa com Alberto já doente, por isso, não temos uma noção detalhada do comportamento dele antes do acidente, a não ser quando, como já foi visto, o médico Dubois menciona com rancor a vida de prazeres do seu paciente. O sr. Andújar é um galanteador tal como era o filho; nem a enfermeira escapara dos cortejos do pai de Alberto:

*Si cayera enfermo me acostaría en un cuarto oscuro para no verme. Es decir, si me cuidara una enfermerita como, eso ya cambiaría de especie (se incorpora). Que bonita es usted, demasiado bonita para enfermera. (Nurse gira sobre sus talones y sale indignada por derecha). (Andujar hace una pirueta, lanaza una carcajadita, un he, he, satisfecho, cargado de vanidad, enciende un cigarrillo, vuelve a sentarse y continúa leyendo*²².

O passado de Alberto é ressuscitado das ruínas do esquecimento – todo o processo de purificação ressaltado anteriormente objetivava apagar o passado maculado de Alberto – com a participação rápida do seu pai no enredo da peça. Alberto com frequência pede e implora que María Teresa não o deixasse sozinho em qualquer circunstância – pedidos que denotam com clareza ciúmes de deixa-la sozinha. Essa atitude de Alberto é criticada pelo Sr. Andújar: *Los enfermos se vuelven egoístas. Olvidan que los sanos quieren vivir. Tú no puedes seguir así toda la vida. Alberto debe comprenderlo. Te tiraniza, te hace sufrir. Eso no está bien. Es un ingrato. Se lo diré... cuando lo vea*²³. Não é somente uma questão de egoísmo, o próprio passado de Alberto representado pela figura paterna diz a dura verdade: a enfermidade transformou Alberto em um peso insuportável para todos aqueles que o rodeavam. Falta somente um passo para que a eutanásia surja como solução para estas dificuldades enfrentadas. O próprio Alberto sente esta mudança:

²¹ Idem. p. 46.

²² Ibidem. p. 44.

²³ Ibidem. p. 45.

ALBERTO

No puede quererme. No es posible que me quiera.

NURSE

¿Por qué?

ALBERTO

*Un inválido como yo, ¡y ella!*²⁴

O enfermo como um peso. Situação difícil de se praticar a eutanásia tendo em consideração todas as discussões éticas, inclusive às teorias a favor da boa morte. Chegou-se ao momento da segunda revelação dramática. Todas essas cargas sobre o ombro de Alberto o forçam que busque, pela primeira vez, o significado preciso da palavra eutanásia no dicionário. Acompanhemos com atenção a queda do véu:

ALBERTO

Quería saber, necesitaba saber (señala con el dedo una página del diccionario). Léa. Léa aquí. Léa.

M. TERESA

(Lee). Eutanasia. (Se detiene).

ALBERTO

(Febri). Sigue, sigue. Quiero oír. Quiero saber si no he leído mal.

M. TERESA

(Lee). Eutanasia, la muerte sin (se interrumpe aterrada).

ALBERTO

Sigue, sigue... la muerte sin...?

M. TERESA

... (con esfuerzo). Sin sufrimiento.

ALBERTO

*Eutanasia, la muerte sin sufrimiento. Leí bien. No fue sueño. No fue visión. Ahí está, en el diccionario, la palabra que tengo grabada aquí (se golpea la frente) aquí, con letras de fuego. Ahora sé; al fin sé*²⁵.

²⁴ Ibidem. p. 52.

²⁵ Ibidem. p. 55.

Antes de se procurar eutanásia no dicionário, esta palavra era um conjunto de símbolos gráficos isentos de sentidos lógicos para os personagens Alberto e María Teresa. O significado lingüístico, cultural e cognoscitivo da expressão eutanásia não estava incorporado nos conhecimentos desses personagens. Apesar de Alberto não conhecer o sentido, exato e lógico, da palavra eutanásia, isto não significa dizer que os símbolos gráficos escritos por ele não carregavam sentidos. Desde o momento do fenômeno do transe em que Alberto escreveu no papel “eutanásia”, este termo passou a estar imbuído de sentidos sensíveis e emocionais – por exemplo, o sentido de que alguma tragédia ocorreria, não abandonou por completo a esfera de convívio entre os personagens – que não se traduziam, por meio, de instrumentais lógicos. Continuemos a ler as explicações de Alberto sobre como a palavra eutanásia foi gravada com letras de fogo na sua mente:

M. TERESA

Yo había olvidado la palabra y tú seguiste pensando en ella sin decirme nada.

ALBERTO

Yo también la había olvidado. (Misterioso). Pero ella me la ha hecho ver de nuevo.

M. TERESA

¿Quién te ha hecho ver?

ALBERTO

Ella, la sombra.

M. TERESA

(Más alarmada). Tienes fiebre, deliras.

ALBERTO

No tengo fiebre. Toma mi pulso. ¿Ves que no tengo fiebre? La sombra viene de noche cuando todos duermen y lleva un dedo a los labios y escribe en el aire, con letras de fuego, siempre una sola palabra: Eutanasia. Cuando siento llegar la sombra, me invade la angustia. Y de pronto tú estás conmigo. Pero ella se coloca entre los dos y nos separa, y me mira con expresión bondadosa. Y me coloca la mano en la frente y me duermo, me duermo feliz como un niño que se duerme para siempre. (Toma una mano de M. Teresa y la coloca en su frente). Así, así. Ya no tengo temor, ya no siento angustia. Ya no sufro. (Pausa, de pronto rechaza la mano y se incorpora con expresión de espanto). Escucha.

M. TERESA

¿Qué tienes?

ALBERTO

*No hables alto. Es ella, la siento llegar. (Se abre la puerta de la izquierda y entra Dubois)*²⁶.

A aproximação da morte é patente e Alberto adentra a fase final. A sombra é a própria morte que escreve com letras de fogo a palavra eutanásia – ressalta-se que o fogo também é símbolo de purificação. Em um primeiro instante, a angústia e o pavor invadem o espírito de Alberto quando mantém o primeiro contato com a sombra, contudo, esse temor se desvanece, em seguida, com a demonstração de bondade feita pela morte. O toque sutil da morte na cabeça de Alberto o faz penetrar no sono eterno, ou seja, o término definitivo do viver. Neste trecho é visível a força dos signos do morrer e das representações da morte – sombra, fogo, toque, sono, angústia, reconforto – que indicam a eutanásia como solução mais sensata para situação de Alberto. A imagem da sombra é associada com a figura do médico Dubois. Neste caso, o médico não é comparado ao anjo salvador, pelo contrário, encarna a imagem do anjo da morte, porta voz da verdade derradeira: o fim da vida. Dubois ao entrar no quarto de Alberto, após a explicação da visita da sombra, pergunta o que está acontecendo. A enfermeira responde que Alberto está delirando. Dubois se aproxima do paciente e *coloca una mano en la frente de Alberto que éste rechaza primero con gesto de terror*²⁷, em seguida soam as palavras de Dubois: *Tranquilícese. ¿No me reconoce? No tiene fiebre. (Retira la mano). Duerme*²⁸. A frequência da aparição da sombra, a morte, à Alberto é proporcional ao desejo de Dubois em praticar a eutanásia.

Abre-se um parêntese para se refletir sobre o delírio. Os últimos acontecimentos que envolveram Alberto, foram caracterizados como frutos do delírio. O delírio ainda é um campo praticamente inexplorado pelos historiadores. De modo geral, a psiquiatria, a medicina e algumas linhas da psicologia explicam o delírio como o resultado de distúrbios bioquímicos. O período de delírio associa-se com a imagem do caos em um universo micro individual. É possível o historiador eleger a fase de delírio como objeto de estudo? Existe história no caos? Ou melhor, há meios de distinguir uma historicidade em um mundo caótico? Como a memória se insere num universo fora de ordem? Para obtenção de algumas respostas é preciso desenvolver uma pesquisa direcionada a este

²⁶ Ibidem. p. 56 e 57.

²⁷ Ibidem. p. 58.

²⁸ Ibidem. p. 58.

assunto. Fato é que María Teresa se abala por completo com o último episódio de delírio do marido. Alberto torna-se um peso para María Teresa que exclama, em meio a lágrimas, não agüentar mais toda a situação vivida nos últimos meses:

M. TERESA

Déjeme seguirlo.

DUBOIS

No, María Teresa. Sus nervios están sobreexcitados (con bondadosa firmeza la conduce a un sillón y la obliga a sentarse. María Teresa estalla en sollozos. Pausa prolongada).

M. TERESA

Ah, no puedo más, no puedo más.

DUBOIS

No es posible vivir como usted vive. Hace ocho meses que usted no se separa un segundo de él. La resistencia nerviosa tiene sus límites, María Teresa²⁹.

Estado de tensão à flor da pele. No clímax do desespero e da angústia se manifesta a paixão. Como já foi dito, o médico Dubois apaixona-se por María Teresa e se imagina no lugar de Alberto. Dubois ampara María Teresa com a intenção de se aproximar dela para manter contatos mais íntimos, já que o espaço institucional e os valores morais impõem um largo abismo entre os dois. No diálogo seguinte entre María Teresa e Dubois fica evidente a tentativa do médico de encurtar a distância que o mantém afastado da esposa de Alberto:

DUBOIS

(Profundamente emocionado). No, María Teresa. Usted no está sola. Yo velaré por usted.

M. TERESA

¡Usted!

DUBOIS

(Pasión contenida). Sí, yo. Estaré a su lado con toda mi amistad, mi más respetuosa amistad. (Le toma las dos manos). ¡María Teresa!

²⁹ Ibidem. p. 59.

M. TERESA

¡Usted estará a mi lado! Yo sé que usted es mi amigo y sin embargo, tengo miedo. Hay algo en sus ojos que me hace temblar.

DUBOIS

No, María Teresa. Usted no debe tenerme miedo. Crea en mí, en mi profunda y sincera devoción.

M. TERESA

(Tomados de las manos, María Teresa lo mira fijamente. Una leve sonrisa ilumina poco a poco su rostro torturado). Sí, quiero creer en usted, quiero creer, necesito creer³⁰.

A paixão do médico Dubois por María Teresa não brota e cresce no contexto de um cotidiano rotineiro. Pelo contrário, esta paixão ganha espaço numa conjuntura de intensos sofrimentos que estão em relação direta com a morte. Dubois precisou conter suas emoções, ao afirmar a María Teresa que sempre estaria ao seu lado não a deixando sozinha e que a protegeria, para não explicitar sua paixão. A morte presencia todos os elementos dessa paixão. Todas as representações da paixão manifestadas por Dubois não afastam e distanciam a presença da morte. A sensação de que a morte está por perto fica evidente quando María Teresa afirma a Dubois que *hay algo en sus ojos que me hace temblar*. O ódio e o rancor sentidos por Dubois referente à pessoa de Alberto, metamorfosearam a figura do médico no mensageiro da morte; daí o medo sentido por María Teresa. A paixão não surge dos sentimentos de um homem “comum”, mas a paixão queima no coração do homem que representa a morte.

A religião exerce um papel pouco relevante na peça teatral. As explicações religiosas perdem espaço e importância para as verdades do conhecimento científico – é notório os seculares atritos entre ciência e religião. A opinião expressada pelo sacerdote católico pouco interfere no caminhar do drama. O papel desempenhado pelo padre é o de ouvinte e não o de interventor. María Teresa conta para o padre à falta de crença do marido na cura; relata sobre a sombra e sobre a palavra eutanásia, em seguida o padre expressa sua opinião:

³⁰ Ibidem. p. 63.

M. TERESA

Ya no cree en la curación, y piensa en la muerte y tiembla. Todas las noches ve la sombra que escribe la terrible palabra... (Se extremece).

P. BENÍTEZ

La palabra no debe inquietarle. En el lenguaje de Nuestra Santa Madre Iglesia, se lo he explicado varias veces, eutanasia es la muerte feliz de los que pasan sin dolor, sin temor y sin pena de esta vida a otra mejor, y mueren en estado de gracia. Y la sombra es el ángel que envía el Señor para anunciar la Buena Nueva al enfermo, como recompensa de su arrepentimiento. Nada hay en todo esto de aterrador, par a un buen católico, y Alberto lo será con el tiempo. Tal es la voluntad del Todopoderoso, hija mía. ¡Ah, cómo desearía transmitirle al pobre enfermo, mi profunda convicción de que el Señor lo ha elegido para realizar un milagro³¹!

A interpretação do padre fornece um pouco de reconforto, no entanto, não altera a trajetória do drama. María Teresa de novo se desabafa com profundo pesar ao padre Benítez expondo os seus sentimentos mais íntimos e mais negados pela sua própria consciência moral. Explode o ódio que sente pelo marido ao se ver obrigada em permanecer dia após dia ao lado de um homem inválido que a faz sofrer em demasia. Isto se transforma em tortura e a martiriza sem piedade. O desejo de se libertar do sofrimento torna-se um sentimento muito pesado, pois coloca em xeque valores considerados “nobres”. A incerteza se introduz como elemento de dúvida sobre qual atitude a ser seguida pela personagem María Teresa; vejamos o desespero dela:

M. TERESA

¡Hay tanto consuelo en sus palabras, Padre! ¡Y yo creo, y quiero creer! (Pausa). Y sin embargo, a veces, de pronto, tengo ideas extrañas, terribles, que no puedo explicar bien. En esos momentos me siento culpable, y me parece que ya no lo quiero a Alberto, y lo odio.

P. BENÍTEZ

¿Lo odia? ¡No, hija mía, no puede ser!

M. TERESA

³¹ Ibidem. p. 67.

*Sí, Padre. Hay momentos en que lo odio. Cómo es posible que lo odie a veces, ahora, cuando sufre, yo que siempre lo quise con todo mi alma, y lo sigo queriendo. ¿Por qué pienso a veces que sería mejor para Alberto que muriese para dejar de sufrir, y comprendo de pronto que no lo pienso sólo para que deje de sufrir él, sino para dejar de sufrir yo también? Y entonces me parece que soy yo la sombra que lo amenaza, y que escribe la palabra, yo, la pecadora, y no el ángel del Señor. ¡Ah, Padre, ayúdeme, ayúdeme!*³²

O médico Dubois também não está suportando a situação em que se encontra. A exaustão e o cansaço ocuparam o seu corpo e espírito. No diálogo com o médico Muñoa, Dubois revela sua intenção de submeter Alberto a uma cirurgia para tentar recuperar a coluna. Muñoa assusta-se com tal idéia, pois esse tipo de operação era pouco usual, acompanhemos a conversação:

DUBOIS

Porque pienso en un recurso supremo. Quiero operar.

MUÑOA

Operar?! La médula está seccionada, irremediavelmente seccionada, el enfermo está perdido... Francamente, no veo en qué podría consistir la operación...

(...)

MUÑOA

*(Golpea con un lápiz la mesa, toma la radiografía, y la examina de nuevo). Es una operación destinada matemáticamente al fracaso. (Pausa). Es la muerte segura, quizás fulminante, del enfermo. (Pausa). Usted lo sabe mejor que yo*³³.

A alternativa da cirurgia é uma maneira de eliminar Alberto sem ter suspeitas do crime de homicídio. Em um debate ético, este modo de terminar com a vida do paciente não seria considerado eutanásia e sim um homicídio, pois caracterizaria como um tratamento desnecessário que acelerou a morte do enfermo. A cirurgia não é realizada, por causa da intervenção de Muñoa que dissuade Dubois a viajar para descansar. Chegamos ao clímax da obra. No diálogo final, em um primeiro momento, María Teresa aceita a eutanásia. Contudo...

³² Ibidem. p. 67 e 68.

³³ Ibidem. p. 70 e 71.

DUBOIS

¡Sufre...! (Pausa) Sufre. Sufrirá mucho tiempo. Atrozmente. Y morirá.

M. TERESA

(Como un eco). Sufrirá y morirá... (Transición). ¡No; que no sufra!

DUBOIS

Hace media hora le di morfina. Está muy débil. Otra inyección sería la muerte. (Pausa). Sufrirá inútilmente, porque morirá... (Los dos se miran en silencio. Después, Dubois, se dirige lentamente a la mesita, llena la jeringa, y se encara con María Teresa. Lentamente, sin quitar la mirada de María Teresa se dirige a la puerta del enfermo).

M. TERESA

(Transición) (Grita). ¡No! (Se coloca con los brazos abiertos entre Dubois y la puerta) ¡No! ¡No! ¡No! (El último no, es apenas un suspiro). Ya no es la piedad la que nos guía. ¡Vete, vete, vete!

DUBOIS

¡María Teresa!

M. TERESA

¡Vete! (Dubois arroja la jeringa y se dirige lentamente a la puerta. María Teresa lo ve alejarse, muda, rígida, como una estatua, protegiendo con los brazos extendidos la puerta)³⁴.

Um instinto de proteção invadiu María Teresa que rechaçou com todas as forças a possibilidade da eutanásia. Esta ação não venceu a morte, somente, adiou por mais algum tempo o final inevitável de Alberto. Um pouco antes da súbita reação de defesa de María Teresa, o médico Muñoa já apontara a essência da alma feminina fornecendo assim indícios da futura intervenção de María Teresa:

³⁴ Ibidem. p. 79 e 80.

La piedad femenina es una fuerza misteriosa, que bien puede obrar como calmante. Quizás irradie el alma de una mujer, efluvios curativos que la medicina, en su ceguera, aún no ha sabido utilizar. Si la mujer es la sagrada fuente de toda vida humana, ¿por qué no admitir también que la mujer, por su sola voluntad amorosa, pueda retener una vida que está por esfumarse? Piense en los milagros de Jesucristo. ¿Qué era Jesucristo sino un quintaesenciada alma femenina hecha carne³⁵?

O ímpeto de impedir a aplicação da dose fatal de morfina de María Teresa representa a postura do autor em relação à prática da eutanásia. A forma como surgiu o desejo de praticar a eutanásia durante o drama não é suficiente para justificar tal ato. O desejo pela eutanásia está além da preocupação de possibilitar uma morte sem sofrimento. No decorrer da trama a vontade de praticar a eutanásia sempre esteve vinculada a sentimentos confusos, ambíguos e destrutivos – egoísmo, rancor, ódio, paixão. Daí porque María Teresa grita: *Ya no es la piedad la que nos guía*. Ela sente e entende a natureza dos motivos que induziriam à eutanásia.

O tema da eutanásia não extrapola o âmbito privado dos personagens. Não há uma discussão pública sobre a prática da eutanásia. Isto revela o tanto que o pensar e o sentir a eutanásia é restrito a núcleos sociais reduzidos – indivíduo, família, pessoas próximas. Esta marginalidade da eutanásia como questão a ser discutida em um plano público permanece em diversos países.

³⁵ *Ibidem*. p. 74 e 75.

CONCLUSÃO

Após a discussão levantada nos capítulos anteriores, conclui-se que a eutanásia mantém o caráter de tema marginal, apesar de ter sido transformada em objeto de estudo da medicina brasileira, no início do século XX, e da bioética na década de 70. No Brasil, a discussão sobre a eutanásia restringe-se no interior de algumas instituições, em que existe um reduzido número de sujeitos sociais interessados em desenvolver tais debates. No entanto, o caráter não explícito da eutanásia como questão política, na conjuntura brasileira, não quer dizer que não seja um problema político. O fato da eutanásia não entrar na pauta de discussões dos políticos brasileiros, já revela o caráter político em torno da eutanásia. Há interesses religiosos, morais, éticos e políticos, que interferem o desencadear do debate na esfera pública e política brasileira.

Aponta-se a necessidade do desenvolvimento de tal tema em futuros estudos historiográficos para aprofundar outros aspectos. Esta monografia possui caráter introdutório que, por isso mesmo, não aborda um conjunto de problemáticas que são

importantes para se compreender a eutanásia como questão histórica; vejamos alguns pontos:

a) *Eutanásia e Direito* – No início do século XX, o tema da eutanásia foi transformado em objeto de análise do Direito; além da medicina. São distintos os modos e as formas de problematizações elaborados, em torno da eutanásia, pelos intelectuais do Direito, se comparadas com a interpretação médica. Ressalta-se o valor de aprofundar o entendimento sobre o processo de legislação da eutanásia no Uruguai, sendo que, neste país a eutanásia não foi legalizada, contudo, criou-se espaço no Código Penal Uruguaio que permitiu ao juiz diminuir a sanção penal e, até mesmo, não condenar quem praticasse a eutanásia: *los Jueces tienen la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio piadoso, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima*¹. Os profissionais do Direito responsáveis pela elaboração do Código Penal enfatizam que essa lei somente foi possível de ser constituída quando a teoria do Direito foi aproximada da psicologia. De forma bem geral, a problematização posta era a seguinte: com quais instrumentais o Direito interpretaria a psique do indivíduo social considerando os sentimentos, os afetos como elementos reveladores de verdades importantes para a elucidação de uma questão jurídica. Discutia-se um modo de introduzir o sujeito social nas discussões penais, sendo que, duas tradicionais linhas teóricas do Direito desconsideravam a importância da manifestação do indivíduo – o direito de caráter metafísico (compreendia o indivíduo como submetido às imposições de leis elaboradas na esfera metafísica) e o direito da escola positivista (entendia o sujeito como receptor passivo das regras sociais instituídas pela organização da sociedade). Para alguns legisladores uruguaios a eutanásia é uma questão que envolvia sentimentos e paixões significativas e, por isso, era urgente a necessidade de elaborar instrumentais que traduzissem a dinâmica da psique do sujeito social para acrescentar elementos relevantes nas discussões do Direito Penal. Tais considerações precisam ser estudadas com maior destaque pois revelam um movimento interpretativo peculiar sobre a eutanásia.

¹ ALMADA, Hugo Rodríguez e outros. Eutanasia y ley penal em Uruguay. In: *Bioética*. Vol. 7 nº1. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1999.

b) *Eutanásia e literatura* – É ímpar a importância da literatura para o historiador. Através dos elementos literários é possível compreender os valores e significados da eutanásia tecidos em determinada época histórica e suas possíveis influências si detectadas. Existe um livro intitulado *La vida comienza mañana* do autor italiano Guido da Verona que tem a eutanásia como tema central. Esta obra expõe outras problematizações: a eutanásia como questão pública e política. Daí a relevância de tecer um estudo sobre esta obra pois possibilitará entender como a eutanásia foi interpretada como tema que inflama as paixões políticas e coletivas.

c) *Eutanásia, medicina e biotecnologia* – Outra questão relevante para os historiadores é compreender os possíveis atritos, divergências, conflitos, gerados entre os defensores da eutanásia com as inovações e problemas introduzidos pela biotecnologia. Um discurso defende o abreviar do viver o outro promete, em breve, as formulas técnicas para o prolongamento da vida e o completo domínio das ciências médicas sobre as doenças.

Percebe-se o tanto de perspectivas de pesquisas que podem ser desenvolvidas a partir do tema da eutanásia. Desejar morrer não implica somente no término de uma existência. Quando um sujeito social expressa a vontade de morrer define-se o último ato histórico, ou a última necessidade histórica, deste indivíduo. É o fim de uma micro-história que desaparece na ponta dos pés.

BOTÃO DE ROSA

*Nos recôncavos da vida
jaz a morte.*

Germinando

No silêncio.

Floresce

Como um girassol no escuro.

De repente vai se abrir.

No meio da vida, a morte

Jaz profundamente viva².

² MELLO, Thiago de. *Faz escuro mas eu canto*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978. p. 64.

BIBLIOGRAFIA

- ALIGHIERI, Dante. *A divina comédia: purgatório*. São Paulo: Editora 34, 1998.
- ALMADA, Hugo Rodríguez e outros. “Eutanásia y ley penal em Uruguay”. In: *Bioética*. Vol. 7, nº1. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1999.
- ALVES, Francisco Monteiro. *O exercício da medicina e a liberdade profissional*. Tese. Salvador: FMB, Imprensa Modrena, 1898. 73p.
- ALVES, Léo da silva. “Eutanásia”. In: *Revista Consulex*. Ano III, Nº 29. Editora Consulex, Maio/1999, pp. 12-17.
- ALVES, Manoel Martins. *Breves reflexões sobre a filosofia moral do médico*. Tese. Salvador: FMB, Tipografia de Camillo de Lellis Masson & C.^a., 1853. 21p.
- ALVES, Rubem. “Tempo de morrer”. In: *O retorno e o terno: crônicas*. 16^aed. Campinas: Papyrus, 1999.
- ANDRADE, Juvenal Montanha de. *Os deveres do médico*. Tese. Salvador: FMB, 1911.

- ANJOS, Márcio F. dos. Bioética e teologia: janelas e interpolações. In: ***O mundo da saúde***. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, jan/mar 2002. ano 26, v. 26, nº 1, pp.40-50.
- ANSART, P. História e memória dos ressentimentos. In: BRESCIANI, Stella (org.) ***Memória e (res)sentimento: indagações sobre uma questão sensível***. Campinas: Editora Unicamp, 2002.
- _____. Das identidades de ofício à identidade de classe: um devir paradoxal? (1820-1848). In: SEIXAS, Jacy. A.; BRESCIANI, M. S.; BREPOHL, M. (orgs). ***Razão e paixão na política***. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2002. pp. 199-215.
- ARIES, P. ***História da morte no Ocidente***. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- _____. ***O homem diante da morte***. Trad. Luiza Ribeiro^{2ª} ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990. Vol. II.
- BARALDI, S.; SILVA, M. J. P. Reflexões sobre a influência da estrutura social no processo da morte-morrer. In: ***O mundo da saúde***. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, jan/mar 2002. ano 26, v. 26, nº 1, pp. 174-177.
- BARCHIFONTAINE, Christian Paul. Bioética e políticas demográficas. In: ***O mundo da saúde***. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, jan/mar 2002. ano 26, v. 26, nº 1, pp. 51-64.
- BARRETO, Castro. ***O medico e o culto da raça***. In: ***Almanach Medico Brasileiro***. Salvador: Editores Matheos, Rocha & Cia Ltda, 1925. p. 69-73.
- BARROS JR., Francisco de Oliveira. Jó em tempos de AIDS. In: ***O mundo da saúde***. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, jan/mar 2002. ano 26, v. 26, nº 1, pp. 16-29.
- BAUMAN, Zygmunt. ***Ética pós-moderna***. São Paulo: Paulus, 1997.
- BLOCH, Marc. ***Apologia da história ou o ofício de historiador***. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- BOLSANELLO, Maria Augusta. “Darwinismo social, eugenia e racismo ‘científico’: sua repercussão na sociedade e na educação brasileiras”. In: ***Educar***. Curitiba: Editora UFPR, 1996. nº 12. p. 147-152.
- BONELLA, A. E. ***Ética, tempos desafiadores***. Mimeografado.
- CABRERA, Júlio. “La ‘ética analítica’ delante de la cuestión Del nacimiento, la muerte, y el valor de la vida humana”. In: BRITO, Adriano Neves e HECK, José N. (orgs.). ***Ética e política***. Goiânia: Ed. da UFG, 1997. pp. 213-238.
- CALVINO, Ítalo. “A palavra escrita e a não-escrita”. In: FERREIRA, Marieta de Moraes. ***Usos & Abusos da História Oral***. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000. pp. 139-47.

- CARVALHO, Benjamin Alves de. *Da resistência dos estados mórbidos a terapêutica e da incurabilidade perante a eutanásia*. Tese. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia, Tipografia Araújo, 1928.
- CARVALHO, Maria Cecília M. de. “O utilitarismo: uma ética de máximas e seus problemas”. In: BRITO, Adriano Neves e HECK, José N. (orgs.). *Ética e política*. Goiânia: Ed. da UFG, 1997. pp. 226-285.
- CHARTIER, Roger. *A história cultural: entre práticas e representações*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990.
- COMITE CONSULTIVO NACIONAL DE ÉTICA PARA A SAÚDE E CIÊNCIAS DA VIDA DA FRANÇA. Final de vida, terminado a vida, eutanásia. In: *O mundo da saúde*. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, jan/mar 2002. ano 26, v. 26, nº 1, pp. 194-203.
- COSTA, Jurandir F. *Ordem médica e norma familiar*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999. 282 p.
- CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Cidadelas da Ordem*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1990.
- _____. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.
- D'ARAÚJO, Ana Cristina Bartolomeu. “Morte, memória e piedade barroca”. In: *Revista de História das Idéias*. Coimbra: Universidade de Coimbra, 1989. Vol. 11, pp. 129-173.
- DINIZ, A. S. A iconografia do medo (imagem, imaginário e memória da cólera no século XIX). In: KOURY, M. G. P. (org.). *Imagem e memória: ensaios em Antropologia Visual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001. pp. 113-149.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 14ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- _____. *História da loucura*. 6ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.
- _____. *O nascimento da clínica*. 5ª ed. Rio de Janeiro: forense Universitária, 2001.
- _____. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 15ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003. Vol. 1.
- _____. *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001. Vol. II. 232 p.
- _____. *História da sexualidade III: o cuidado de si*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002. 246p.

- _____. *Ditos & Escritos III – Estética: literatura e pintura, música e cinema*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.
- FROES, João A. G. “Decalogo de deontologia médica”. In: *Almanach Medico Brasileiro*. Salvador: Editores Matheos, Rocha & Cia Ltda, 1925. p. 9-14.
- GARRAFA, Volnei; PORTO, Dora. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. In: *O mundo da saúde*. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, jan/mar 2002. ano 26, v. 26, nº 1, pp. 06-15.
- GAY, Peter. *O coração desvelado: a experiência burguesa da rainha Vitória a Freud*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.
- GAZETA MEDICA DA BAHIA. *Deveres dos médicos para com os seus doentes, e obrigações dos doentes para com seu médicos*. Salvador: 15 de outubro de 1867. Anexo II, Nº 31.
- GINZBURG, Carlo. *O queijo e os vermes*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- _____. *Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história*. Companhia das Letras, 2001.
- _____. “A história e a micro-história: entrevista com Carlo Ginzburg”. In: *LPH/Revista de História de Ouro Preto*, vol. 1, nº1, 1990. p. 04.
- GOLDIM, J. R.; Clotet, J.; Francisconi, C. F. Um breve histórico do consentimento informado. In: *O mundo da saúde*. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, jan/mar 2002. ano 26, v. 26, nº 1, pp. 71-82.
- GOMES, Aristóbulo Cardoso. *Medicina e Direito: breves comentários ao Código Penal em torno das perícias médico-legais, especialmente nos casos de defloramento*. Tese. Salvador: FMB, Imprensa Carvalho, 1926. 88p.
- GORDON, Noah. *Xamã: a história de um médico no século XIX*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.
- HOBBSAWN, Eric J. *Era dos extremos: o breve século XX (1914-1991)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
- IMHOF, Francisco. *Eutanásia*. Montevideo: Casa A. Barreiro y Ramos S. A., 1928. 80p.
- KELLERMAN, J. *Doutor morte*. São Paulo: Arx, 2002.
- KOURY, M. G. P. Você fotografa os seus mortos? – Fotografia e morte no Brasil urbano. In: KOURY, M. G. P. (org.). *Imagem e memória: ensaios em Antropologia Visual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001. pp. 51-94.
- KUNDERA, M. *A insustentável leveza do ser*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

- LEITE, Miriam L. M. Morte e a fotografia. In: KOURY, M. G. P. (org.). *Imagem e memória: ensaios em Antropologia Visual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001. pp. 41-50.
- LEMES, Ivonilda. O dever de viver e o direito de morrer. In: *História & Perspectivas*. n°s 14/15 Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 1996. pp. 85-112.
- MAGALHÃES, José Augusto de. *Deontologia médica e terapêutica (noções práticas)*. Tese. Salvador: FMB, 1906.
- MARQUES, V. R. Beltrão. Raça e noção de identidade nacional: o discurso médico-eugenista nos anos 1920. In: SEIXAS, Jacy. A.; BRESCIANI, M. S.; BREPOHL, Marion. (orgs). *Razão e paixão na política*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2002. pp. 181-195.
- MARTIN, Leonard M. Ética em pesquisa: uma perspectiva brasileira. In: *O mundo da saúde*. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, jan/mar 2002. ano 26, v. 26, n° 1, pp. 85-100.
- MARTON, Scarlett. Uma questão de vida ou morte: a filosofia de Nietzsche e o problema da eutanásia. In: *Hipnos: ética ontem e hoje II*. São Paulo: EDUC/Loyola, 2° sem. 2002. N° 9, ano 7, p. 120-134.
- MELLO, Thiago de. *Faz escuro mas eu canto*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.
- MOTTA, Eduardo Froés da. *Do médico perante a honra e a consciência*. Tese. Salvador: FMB, Tipografia Commercial, 1912.
- NAXARA, Márcia R. C. *Natureza e identidade: três narrativas e a natureza brasileira*. In: SEIXAS, J. A.; BRESCIANI, M. S.; BREPOHL, M. (orgs). *Razão e paixão na política*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2002. pp. 135-57.
- NIETZSCHE, Friedrich. W. *Humano, demasiado humano: um livro para espíritos livres*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.
- _____. *El ocaso de los ídolos*. Madrid: M. E. Editores, 1993.
- _____. *La gaya ciencia*. Madrid: M. E. Editores, 1994.
- OLIVEIRA, Diocleciano Alves de. *Da responsabilidade médica e do exercício da medicina, em geral e especialmente no Brasil*. Tese. Salvador: FMB, Imprensa Moderna de Prudêncio de Carvalho, 1904.
- PALÁCIOS, Gonçalo Armijos. “Locke e Rousseau: antecedentes teóricos do marxismo”. In: BRITO, Adriano Neves e HECK, José N. (orgs.). *Ética e política*. Goiânia: Ed. da UFG, 1997. pp. 141-158.

- PRIORE, Mary Del. “Magia e medicina na Colônia: o corpo feminino”. In: PRIORE, Mary Del (org.). *História das mulheres no Brasil*. 3ª ed. São Paulo: Contexto, 2000.
- RIBEIRO, Diaulas Costa. “Viver bem não é viver bem”. In: *Revista Consulex*. Ano III, Nº 29. Editora Consulex, Maio/1999, pp. 17-20.
- ROSANVALLON, P. “Por uma História Conceitual do Político”. In: *Revista Brasileira de História*. São Paulo: vol. 15, nº 30, 1995. pp. 9-22.
- RUBY, Jay. Retratando os mortos. In: KOURY, M. G. P. (org.). *Imagem e memória: ensaios em Antropologia Visual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001. pp. 95-111.
- SAMPAIO, Diógenes de Almeida . *A morte*. Tese. Salvador: FMB, Oficinas dos dois mundos, 1906.
- SANTOS, Ruy. *Da eutanásia nos incuráveis dolorosos*. Tese. Salvador: FMB, Tipografia Araújo, 1928.
- SARTRE, J. P. *A imaginação*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- SCHRAMM, F. R. A questão da definição de morte na eutanásia e no suicídio assistido. In: *O mundo da saúde*. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, jan/mar 2002. ano 26, v. 26, nº 1, pp. 178-183.
- SCHWARCZ, L. M. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- SEIXAS, Jacy A. Os campos (in)elásticos da memória: reflexões sobre a memória histórica. In: SEIXAS, J. A.; BRESCIANI, M. S.; BREPOHL, M. (orgs). *Razão e paixão na política*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2002. pp. 59-77.
- SILVA, C. M. da. *A morte na visão dos aidéticos – um estudo de caso na FALE de Uberlândia*. (monografia). Uberlândia: UFU, 2001.
- SINGER, P. *Ética prática*. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- SOUZA, Luis C. S. de. O código brasileiro de ética médica e os fundamentos da bioética. In: *O mundo da saúde*. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, jan/mar 2002. ano 26, v. 26, nº 1, pp. 109-117.
- THOMAS, Louis-Vincent. *Antropología de la muerte*. México: Fondo de Cultura Económica, 1983.
- TRONCA, I. A. História como alegoria: lepra e Aids: a transfiguração do medo. In: SEIXAS, Jacy. A.; BRESCIANI, M. S.; BREPOHL, Marion. (orgs). *Razão e paixão na política*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2002. pp. 275-287.
- VERONA, Guido da. *La vida comienza mañana*. Buenos Aires: Ediciones Anaconda, 1941. 316 p.

VEYNE, P. Tranqüilizações. In: *História da vida privada: do Império ao ano mil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994. Vol. I.

ZOBOLI, Elma L. C. P.; Masarollo, M. C. K. B. Bioética e consentimento: uma reflexão para a prática de enfermagem. In: *O mundo da saúde*. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo, jan/mar 2002. ano 26, v. 26, nº 1, pp. 65-69.

ZOJA, L. *História da arrogância: psicologia e limites do desenvolvimento humano*. São Paulo: Axis Mundi, 2000.