



UNIVERSIDADE
ESTADUAL de LONDRINA

LUCIANA MENDES PEREIRA

DIREITO E ANÁLISE DE DISCURSO:
A CONSTRUÇÃO DE SENTIDOS NO *TESTAMENTO VITAL*

Londrina
2016

LUCIANA MENDES PEREIRA

DIREITO E ANÁLISE DE DISCURSO:
A CONSTRUÇÃO DE SENTIDOS NO *TESTAMENTO VITAL*

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos da Linguagem, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Estudos da Linguagem.

Orientadora: Profa. Dra. Mariângela Peccioli
Galli Joanilho.

Londrina
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Pereira, Luciana Mendes.

DIREITO E ANÁLISE DE DISCURSO : A CONSTRUÇÃO DE SENTIDOS NO TESTAMENTO VITAL / Luciana Mendes Pereira. - Londrina, 2016. 206 f.

Orientador: Mariângela Peccioli Galli Joanilho.

Tese (Doutorado em Estudos da Linguagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Letras e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Estudos da Linguagem, 2016.

Inclui bibliografia.

1. DIREITO - Tese. 2. ANÁLISE DE DISCURSO - Tese. 3. Testamento Vital - Tese. 4. SENTIDOS - Tese. I. Joanilho, Mariângela Peccioli Galli. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Letras e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Estudos da Linguagem. III. Título.

LUCIANA MENDES PEREIRA

DIREITO E ANÁLISE DE DISCURSO:

A CONSTRUÇÃO DE SENTIDOS NO *TESTAMENTO VITAL*

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos da Linguagem, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Estudos da Linguagem. Área de Concentração: Linguagem e Significação.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Mariângela Peccioli
Galli Joanilho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Antônio Manoel dos Santos Silva
Universidade Estadual Paulista - UNESP

Profa. Dra. Rita de Cássia Resquetti Tarifa
Espolador
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Eliana Maria Severino Donato Ruiz
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Edina Regina Pugas Panichi
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 16 de novembro de 2016.

Para a minha família.

AGRADECIMENTOS

A **DEUS**: Pai, Filho e Espírito Santo, toda honra e toda glória; é Dele a vitória alcançada em minha vida.

À **Cacá**, minha filha linda, por crescer junto comigo.

Aos meus pais, **Fernando** e **Dirce**, simplesmente por TUDO. Ao amor da minha vida, **Paulo César**, por me mimar tanto.

Às minhas irmãs, **Patrícia** e **Márcia**, ao meu cunhado **Rodrigo** e à minha sobrinha **Iara** (querida demais!), pela união de nossa família.

À minha orientadora, **Professora Mariângela Peccioli Galli Joanilho**, pela confiança e dedicação, desde sempre.

Ao **Professor Paulo de Tarso Galembeck** (*in memoriam*), por ter me acolhido nos Estudos da Linguagem, pelas aulas, pelas orientações e conversas. Saudade.

Aos Professores do PPGEL, em especial **Profa. Esther**, **Profa. Edina**, **Profa. Fabiane**, **Profa. Rosemeri**, **Prof. Ludoviko**, cada aula foi fundamental para eu poder concluir esse trabalho.

Aos **Professores Antônio Manoel**, **Eliana**, **Edina** e **Rita de Cássia**, pelo cuidado na correção da tese para a Qualificação e cujas sugestões foram essenciais para sua conclusão.

Ao **Professor André Joanilho**, por suas aulas, pelos conselhos e pela disposição em me ajudar.

Aos amigos do Doutorado, em especial a **Julianne Rosy do Valle Satil**, pessoas ímpares que Deus colocou em minha vida.

À **Rosely**, **Ricardo** e **Rosemary**, que secretariam o PPGEL, por sempre me atenderem prontamente.

Aos meus alunos queridos, que representam a razão desse esforço.

A todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a conclusão desta etapa.

"Determinando tu algum negócio, ser-te-á firme, e a luz brilhará em teus caminhos."

(Jó 22:28)

PEREIRA, Luciana Mendes. **Direito e análise de discurso: a construção significação no *testamento vital***. 2016. 206 p. Tese (Doutorado em Estudos da Linguagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

Este estudo apresenta a análise de um *Testamento Vital*, documento que define as diretivas antecipadas de vontade de uma pessoa que está enfrentando a terminalidade da vida. Nessa perspectiva, esse registro, que tem valor jurídico, reúne o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados sobre cuidados e tratamentos, aos quais o paciente deseja, ou não, se submeter, no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade. A Análise de Discurso de linha francesa, perspectiva teórico-metodológica utilizada nesta pesquisa, trata dos processos constitutivos da significação na linguagem, considerando os modos de produção e a emergência dos sentidos. Desse modo, nosso trabalho procura mostrar como é produzida a significação na língua, a partir da compreensão de como os sentidos se constroem no e pelo processo discursivo, considerando as condições de produção do discurso, assim como as formações discursiva e ideológica, na busca de compreender o processo de significação na linguagem. O *corpus* de análise é formado pelo *testamento vital*, o qual foi elaborado pela médica Ana Claudia Quintana Arantes, e, também, por elementos externos – artigos e entrevistas colocados no Anexo – que alicerçam a construção desta pesquisa. Observando como o objeto se estabelece discursivamente, nosso objetivo delinea-se, então, por meio da constituição de um recorte teórico, analítico e interpretativo, por meio do qual a materialidade do *testamento vital* se explicita e revele, também, os modos de constituição da subjetividade nessa materialidade. Com o embasamento teórico-prático fornecido pela Análise de Discurso, podemos observar como essa subjetividade se constitui e de que forma permite compreender os discursos existentes no *corpus* investigado. Realizamos interdisciplinaridade com o Direito, apoiados na premissa de que o *testamento vital*, mesmo sendo um documento jurídico e técnico, está atravessado por outros discursos (além do jurídico, o humano, o religioso, o médico, o familiar). Desse modo, comprovamos que se o profissional do Direito possuir conhecimento em Análise de Discurso, a interpretação do documento será mais justa e consoante à vontade do paciente. Para tanto, utilizamos o método científico materialista, baseado nos postulados de Michel Pêcheux. A presente tese está dividida em três partes: na primeira, apresentamos o estudo do *testamento vital*; na segunda, o suporte teórico da Análise de Discurso e na terceira, a análise do *corpus*, momento em que observamos que o discurso desvela a subjetividade, formando um feixe de discursos. Concluímos, portanto, que o conhecimento em Análise de Discurso contribui de maneira significativa para a compreensão do funcionamento da linguagem, sendo uma ferramenta valorosa, especialmente, para os atuantes na área jurídica.

Palavras-chave: Testamento Vital. Análise de Discurso. Direito. Significação. Subjetividade.

PEREIRA, Luciana Mendes. **Law and discourse analysis: the construction of senses in *living will***. 2016. 198 p. Thesis (Doctoral Degree in Language Studies) – Centro de Letras e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

ABSTRACT

This study presents the analysis of a living will, a document that defines the advance directives of will of a person who is facing the terminal illness of life. In this perspective, this record, which has legal value, gathers the set of desires, previously and expressly manifested on care and treatment to which the patient wants or not to submit, at the time it is unable to express freely and autonomously, your will. The French Discourse Analysis, theoretical and methodological approach used in this study, is the constituent processes of meaning in language, considering the modes of production and the emergence of the senses. Thus, our work seeks to show how meaning is produced in the language, from the understanding of how the senses are built in and the discursive process, considering the speech production conditions, as well as the discursive and ideological formations in search understand the process of meaning in language. The analysis corpus is formed by the living will, which was prepared by the doctor Ana Claudia Quintana Arantes, and also by external elements - articles and interviews placed in Annex - that underpin the construction of this research. Observing how the object is established discursively, our goal delineates is then through the establishment of a theoretical, analytical and interpretive cut, through which the materiality of living will be made explicit and reveals also the constitution of modes of subjectivity that materiality. With the theoretical and practical foundation provided by Discourse Analysis, we can see how this subjectivity is constituted and how it allows us to understand the existing discourses in the investigated corpus. We conducted interdisciplinary with the law, supported the premise that the living will, even though it is a legal and technical document, is crossed by other discourses (beyond the legal, human, religious, medical, family). Thus, we proved that the professional law have knowledge of discourse analysis, interpretation of the document will be fair and according to the patient's will. Therefore, we use the materialist scientific method, based on the postulates of Pêcheux. This thesis is divided into three parts: first, we present the study of living will; in the second, the theoretical support of Discourse Analysis and third, the analysis of the corpus, when we observe that the speech reveals subjectivity, forming a bundle of speeches. We therefore conclude that knowledge in discourse analysis contributes significantly to the understanding of the functioning of language, being a valuable tool, especially for those working in the legal field.

Keywords: Living Will. Discourse Analysis. Law studies. Significance. Subjectivity.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 DO TESTAMENTO VITAL (DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE DOS PACIENTES)	16
1.1 DO DIREITO À VIDA DIGNA E À LIBERDADE (AUTONOMIA)	16
1.2 DO CONCEITO DE TESTAMENTO VITAL E A RESOLUÇÃO Nº 1995/2012	30
1.3 A NOÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	37
1.3.1 Dos Princípios Bioéticos	39
1.3.2 Características do <i>Consentimento Informado</i>	44
1.4 LINGUAGEM NO TESTAMENTO VITAL	52
1.4.1 Constituição do Corpus	54
2 ANÁLISE DE DISCURSO: EMBASAMENTO TEÓRICO	57
2.1 A LINGUÍSTICA COMO CIÊNCIA	61
2.2 MICHEL BRÉAL E O ESTUDO CIENTÍFICO DA SIGNIFICAÇÃO	67
2.3 O DISCURSO EM FOCO: SURGE A ANÁLISE DE DISCURSO	70
2.3.1 Filiações Teóricas da Análise de Discurso	72
2.3.2 Fases da Análise de Discurso.	79
2.3.3 Noção de Discurso	82
2.4 CONCEITOS ESSENCIAIS	93
2.4.1 Sujeito e Ideologia	93
2.4.2 Condições de Produção e Interdiscurso.	98
2.4.3 Textualidade e Discursividade	101
2.4.4 Formações Discursivas e Formações Ideológicas.....	103
2.4.5 Processos de Produção de Sentido.....	108
3 ANÁLISE DO CORPUS: CONTRIBUIÇÕES PARA O DIREITO	114
3.1 <i>TESTAMENTO VITAL</i> : LUGAR DE SENTIDOS E CONTRADIÇÕES	115
3.2 A CONSTITUIÇÃO DA SUBJETIVIDADE	120
3.3 A MÉDICA E PACIENTE EM POTENCIAL MANIFESTANDO VONTADE.....	131
3.4 O FEIXE DE DISCURSOS: JURÍDICO, MÉDICO, RELIGIOSO, HUMANO, FAMILIAR	135

CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
REFERÊNCIAS	154
ANEXOS	164
ANEXO A – Entrevistas com Ana Claudia Quintana Arantes	165
ANEXO B – Artigos do Blog Morte sem Tabu	172
ANEXO C – Outros Artigos	195
ANEXO D – Julgamento do Tribunal de Justiça do RS	199

INTRODUÇÃO

“A morte é um dia que vale a pena viver”
(Ana Claudia Quintana Arantes, 2016)

A motivação que nos fez desenvolver a presente tese reside no fato de que, tendo formação na área do Direito – Graduação e Mestrado – podemos notar quão carente é o profissional da área jurídica na formação em Linguagem. Uma situação problemática, pois o Direito trabalha, essencialmente, com a linguagem. Sendo assim, quanto aos efeitos jurídicos produzidos por manifestação de vontade das pessoas, a interpretação dessas vontades, não raramente, fica a desejar, nas mais variadas espécies de atos ou negócios jurídicos.

A interdisciplinaridade com os Estudos da Linguagem descortinou um universo de possibilidades para uma melhor interpretação do Direito em si e, para o caso específico deste estudo, um aprendizado, por meio da Análise do Discurso, sobre a metodologia de investigação de um *testamento vital*.

Aspectos jurídicos e de linguagem se entrelaçam, buscando desvelar o (s) discurso(s) presente(s) em uma manifestação de vontade, que possui efeitos jurídicos seríssimos, no enfrentamento da contraposição entre vida e morte, sendo esta última considerada um tema polêmico.

Mesmo considerando que a morte é a única certeza da vida, são poucas as pessoas que estão preparadas ou que se preparam para *viver* esse momento, seja a sua própria morte ou de entes queridos de forma geral. O brasileiro, em especial, não gosta de tratar desse assunto.

A organização filantrópica *Lien Foundation* encomendou uma pesquisa ao *Economist Intelligence Unit* sobre a qualidade do morrer ao redor do mundo, levando em conta alguns critérios: cuidados paliativos, envolvimento da família, desejo do paciente, entre outros. O resultado da pesquisa foi publicado em 06 de outubro de 2015, revelando que, dentre 80 países pesquisados, o Brasil ocupa o 42º lugar no *ranking*¹. Isso corrobora a dificuldade que o brasileiro tem em lidar com a morte; para ele, negá-la é um processo natural, pensando sempre na possibilidade de adiá-la

¹ *The 2015 Quality of Death Index. Ranking palliative care across the world.* p. 15. Disponível em: <http://www.lienfoundation.org/sites/default/files/2015%20Quality%20of%20Death%20Report.pdf>

indefinidamente com tratamentos e medicamentos. Talvez, pela passionalidade que caracterize o povo brasileiro, mas também por desinformação.

De fato, enfrentar a morte não é uma tarefa fácil. Por isso, para que esse momento possa ser tranquilo, algumas atitudes precisam ser tomadas. E, em vida, claro. Uma delas está centrada nos chamados *cuidados paliativos* – tratamentos que melhoram a qualidade de vida dos pacientes em situação de terminalidade.

De forma lenta e gradual, as pessoas começam, atualmente, a enfrentar o tabu da morte, do momento da terminalidade, do processo do morrer. Assim, passam a escolher o que desejam para o momento de viver a terminalidade. Nesse momento, seja lá qual for a causa da incurabilidade ou irreversibilidade do quadro de saúde, se a pessoa estiver lúcida ao ponto de manifestar o que deseja, essa vontade deverá ser acatada.

Entretanto, nem sempre é assim. A situação de terminalidade acontece e caberá aos familiares e equipe médica decidir sobre o que fazer. Para que o desejo do paciente, efetivamente, aconteça, surge o *testamento vital*, um documento em que a pessoa manifesta vontade, antecipadamente, indicando o que está autorizado a ser feito nessa situação.

A presente tese analisa discursivamente o *testamento vital* da médica Ana Claudia Quintana Arantes. O *corpus* é composto pelo documento em si, o *testamento vital*, além de elementos externos ao documento, os quais ajudam a compor o quadro discursivo (Anexos). Assim, o documento não está isolado da produção desse quadro.

Primeiramente, apresentamos o *testamento vital* sob o aspecto jurídico. O porquê de sua nomenclatura, seu conceito, os direitos que alicerçam sua validade e eficácia jurídica: o direito à vida digna e o direito à liberdade (autonomia). Também, sua legalidade no Brasil, calçada na Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1995/2012 e o fato de poder ser considerado uma espécie de consentimento informado, tema que já possui abrigo jurídico.

A partir daí, passamos a observar a linguagem no *testamento vital*, já constituindo o *corpus* de análise. Trabalhamos com a pressuposto de que o *testamento vital*, mesmo sendo um documento jurídico marcadamente técnico, não está isolado de todo um contexto, não é um discurso autônomo. Ao contrário, está aberto, atravessado por outros discursos.

Na segunda parte da tese, apresentamos o embasamento teórico da Análise de Discurso de origem francesa. Considerando que a tese tem caráter interdisciplinar, Linguagem e Direito, essa parte teórica é desenvolvida de forma bem minuciosa.

Realizamos uma trajetória histórica da Linguística, abordamos o surgimento dos estudos em Análise de Discurso, suas fases até os dias de hoje, tratamos da noção de discurso e dos conceitos essenciais dentro dessa perspectiva intelectual, tais como: sujeito, ideologia, condições de produção, interdiscurso, textualidade, discursividade, formações discursivas e ideológicas, os processos de produção de sentido.

Na terceira e última parte, a análise do *corpus* é construída, considerando a vontade expressa no documento e os elementos externos que ajudaram a compor o quadro discursivo. Com base neles, buscamos identificar e compreender os diferentes discursos presentes no *corpus*, pois todo discurso é um feixe de discursos.

Com a Análise de Discurso, observamos como é constituída a subjetividade no discurso, ou seja, como os marcadores de subjetividade revelam os diversos discursos.

A metodologia científica utilizada para a elaboração dessa tese é fundamentada em uma concepção materialista, advinda dos estudos desenvolvidos pelo filósofo francês Michel Pêcheux, em que a elaboração e a apresentação do instrumento são seu objetivo central. O instrumento é apresentado, de maneira mais detalhada, envolvendo o Materialismo Histórico (Marxismo), a Psicanálise e a Linguística, cujo objeto a ser analisado é o discurso.

O sistema metodológico desenvolvido por Pêcheux introduziu na investigação sociológica, conceitos científicos oriundos do Materialismo Histórico, passando a trabalhar com conceitos novos e pensando em outros fatores, tais como: as relações sociais de classe, a formação social, os modos de produção, a posição de classe e a ideologia. Essas são as filiações teóricas da Análise de Discurso, sobre as quais trataremos no item 2.3.1.

Orlandi (2003) explica que o texto é a unidade de análise afetada pelas condições de produção e é, também, o lugar da relação com a representação da linguagem. A linguista, ainda, diz:

É também, e sobretudo, espaço significante: lugar de jogo de sentidos, de trabalho da linguagem, de funcionamento da discursividade. Como todo objeto simbólico, ele é objeto de interpretação. O analista tem de compreender como ele produz sentidos, o que implica em saber tanto como ele pode ser lido, quanto como os sentidos estão nele. (ORLANDI, 2003, p. 72)

O *corpus*, na Análise de Discurso, não é ponto de partida nem de chegada absolutos. É uma peça de linguagem, parte de um processo discursivo bem mais abrangente, devendo, assim, ser considerado (ORLANDI, 2003).

Dessa maneira, sob a ótica discursiva, é analisado o *testamento vital* da médica Ana Claudia Quintana Arantes, observando a compreensão do processo discursivo e os processos de constituição do sujeito discursivo.

O objetivo e as razões deste trabalho, portanto, são as demonstrações de possibilidade de transposição da metodologia da Análise de Discurso para o presente *corpus*, bem como para outros textos semelhantes, principalmente para os jurídicos.

O profissional da área jurídica é, constantemente, levado a interpretar textos: leis, contratos, certidões, sentenças etc. Esse incipiente documento, o *testamento vital*, diante da mudança gradativa que se inicia com o enfrentamento do assunto *morte* no Brasil, passará a ser, cada vez mais, utilizado.

Para que seja respeitada a vontade contida no *testamento vital*, ele deverá ser interpretado. Às vezes, a interpretação é realizada, facilmente e sem conflitos, pela equipe médica, estando em perfeita consonância com a família do paciente. Outras vezes, existindo alguma divergência, mas resolvida amigavelmente.

No entanto, há casos em que os conflitos acabam gerando um processo judicial, cabendo ao Poder Judiciário a resolução do problema. Em se tratando de caso que envolva a interpretação de um *testamento vital*, o intérprete do documento será um jurista (advogado, juiz, promotor etc). Se eles forem capazes de aplicar a metodologia da Análise de Discurso ao *testamento vital*, isso muito auxiliará nas relações humanas envolvidas no caso (paciente, familiares, equipe médica). Em um momento tão delicado que é lidar com a morte, a composição de um *testamento vital* proporcionará segurança, tranquilidade e justiça, pois garantirá o respeito à vontade do paciente.

1 DO TESTAMENTO VITAL (DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE DOS PACIENTES)

O documento em que uma pessoa pode deixar expressos os tratamentos aos quais deseja (ou não) ser submetida no momento em que estiver vivendo a sua terminalidade, ou seja, o fim da vida, pode receber diversas denominações.

Dentre elas, encontram-se: *living will* (utilizada nos Estados Unidos da América), *patientenverfügungen* (empregada na Alemanha), *diretivas antecipadas de vontade* (adotada em Portugal), *testamento biológico*, *biotestamento*, *instruções ou declarações prévias de vontade para o fim da vida* e *testamento vital*.

No Brasil, o termo popularizado foi *testamento vital*, em virtude disso, adotaremos esse conceito em nossa pesquisa, apesar de a única regra em vigor sobre o assunto (Resolução nº 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina) mencionar a nomenclatura *diretivas antecipadas*.

Rodrigues Junior (2015, p. 382), ao tratar da problemática em torno da terminologia *testamento vital*, observa que “[...] é uma expressão bastante equívoca, a despeito de sua inegável popularização.” Abordaremos a questão no capítulo terceiro, em que apresentaremos a análise do *corpus*, o qual é composto pelo documento elaborado pela médica Ana Claudia de Lima Quintana Arantes ao estabelecer o seu *testamento vital*.

1.1 DO DIREITO À VIDA DIGNA E À LIBERDADE (AUTONOMIA)

A elaboração de um *testamento vital* justifica-se no direito que todo e qualquer ser humano tem de viver dignamente, o que compreende, também, morrer com dignidade.

Atualmente, com o desenvolvimento científico na área da saúde, inúmeros são os tratamentos existentes para melhorar a qualidade e prolongar a vida das pessoas: desde as vacinas, os cuidados com alimentação, exercícios físicos, exames pré-natais (e até pré-implantacionais), que diagnosticam precocemente males e doenças, até os medicamentos e tratamentos mais diversos, os quais permitem que as pessoas desfrutem de uma melhor qualidade de vida e, assim, possam viver por mais tempo.

Como a morte é intrínseca à vida do ser humano, seu acontecimento é previsível. Participar dessa certeza significa aceitar e poder escolher como conduzir o momento da morte, se possível. Nesse sentido, o *testamento vital* cuida da terminalidade da vida, condição que passa a ser tratada como um exercício de autonomia de vontade, liberdade e dignidade.

Na fase de terminalidade, seja por uma doença ou um acidente, vários procedimentos podem ser feitos para postergar o momento da morte. Diante de uma medicina tecnicista, morrer representa uma falha, um equívoco que produz as deformações do processo de morte, pois a vida física é sobreposta à liberdade e à dignidade.

Sendo assim, mesmo que a busca seja pela manutenção da vida, as técnicas oferecidas pela Medicina podem afrontar a vontade do paciente, em uma tentativa de, simplesmente, prolongar sua existência, em razão da irreversibilidade do caso. Isso acontece quando o amor pela vida transforma-se em idolatria.

Por meio do *testamento vital*, em condição de terminalidade, a pessoa expressa sua decisão, registrando que não deseja ser submetida a determinados tipos de tratamento, procedimentos que podem ser indignos à sua condição humana. É considerado tratamento indigno – ou meramente protelatório – aquele em que, considerando a situação de saúde irreversível ou incurável do paciente, possui como único objetivo o prolongamento a vida. As intervenções decorrentes desse tipo de tratamento costumam trazer muito sofrimento à pessoa enferma, aos seus familiares e amigos e, também, um gasto financeiro desnecessário.

Tudo isso é complexo de se analisar. Primeiramente, é necessário considerar que a expressão de vontade na elaboração do *testamento vital* é feita enquanto a pessoa está lúcida, ciente e capaz, no exercício de sua autonomia como ser humano de viver e morrer dignamente. Além disso, as situações de irreversibilidade e incurabilidade são muito variáveis, pois, levando em conta as descobertas científicas, um caso que parece irreversível hoje, pode ter solução daqui a um mês. Mesmo assim, o *testamento vital* legitima e autoriza a equipe médica a paralisar uma manutenção de vida sabida como irreversível e/ou incurável em um dado momento, cumprindo a vontade do próprio paciente que, em vida lúcida, assim a manifestou.

Para investigar o complexo documento que é o *testamento vital*, bem como as consequências da sua utilização, realizaremos uma abordagem dos direitos inerentes às pessoas para que sua aplicação seja feita. Essa abordagem começa

pela análise da autonomia do ser humano, seu direito à liberdade. A escolha de uma pessoa, ao fazer seu *testamento vital*, pode ocasionar a morte em virtude da cessação de tratamentos que prolongam a vida. Esta escolha é possível, válida, legítima, e deve ser obedecida, justamente, porque o direito à vida implica também em dignidade, que é inerente tanto ao viver quanto ao morrer, pois a vida é um direito e não um dever.

Podemos observar, dessa maneira, que são vários os “direitos” inerentes ao ser humano que estão envolvidos no *testamento vital*: o direito à vida, o direito à vida digna e à liberdade (autonomia).

A vida é o primeiro bem da personalidade do homem, configurando-se como bem essencial, protegido pelo direito e requisito fundamental para que todos os outros bens jurídicos possam ser protegidos.

A palavra *vida* é conceituada no Dicionário Houaiss da língua portuguesa em diferentes aspectos, mobilizando, portanto, sentidos distintos. Dentre eles, os que mais interessam à questão do direito à vida são os seguintes:

[...] 3 – o período de um ser vivo compreendido entre o nascimento e a morte; existência [...] 5 – motivação que anima a existência de um ser vivo, que lhe dá entusiasmo ou prazer; alma, espírito [...] 8 – o conjunto dos acontecimentos mais relevantes na existência de alguém; 9 – meio de subsistência ou sustento necessário para manter a vida [...].(HOUAISS, 2001, p. 2858)

Para abordarmos a questão da vida e sua tutela, é necessário que recorramos às palavras de Chaves (1994, p. 16):

Quem poderá definir essa pulsação misteriosa, própria dos organismos animais e vegetais, que sopita inadvertida nas sementes de trigo encontradas nos sarcófagos de faraós egípcios e que germina milagrosamente depois de dois milênios de escuridão, que se oculta na gema de uma roseira que mãos habilidosas transplantam de um para outro caule, que lateja, irrompe e transborda na inflorescência de milhões de espermatozoides que iniciam sua corrida frenética à procura de um único óvulo, a cada encontro amoroso?

Afirma, ainda, o autor que o conceito de vida, proveniente da Psicologia, é algo que oscila entre um interior e um exterior, entre uma alma e um corpo. Não podemos esquecer que, atualmente, há diversas formas de concepção que independem do contato físico, como ocorre na fertilização *in vitro*, por exemplo.

O Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, na Parte III, artigo 6º, dispõe: “1. O direito à vida é inerente à pessoa humana. Este direito deverá ser protegido pela lei, ninguém poderá ser arbitrariamente privado de sua vida.”² (BRASIL, 1992).

De Cupis (1942, p. 102-107) afirma que viver se identifica com a simples existência biológica e que o direito à vida é essencial, pois tem como objeto um bem muito elevado. O direito à vida é, portanto, essencialíssimo, ou seja, um direito inato, adquirido no nascimento, intransmissível, irrenunciável e indisponível.

Por sua vez, Canotilho (2000, p. 526/533/539) aponta que esse direito é subjetivo de defesa. Isso significa que sua fruição pelo indivíduo, principalmente, com a garantia da não agressão é indiscutível, o que implica, também, na garantia de uma dimensão protetiva desse direito. Em outras palavras, o indivíduo possui o direito perante o Estado de não ser morto por este e o Estado tem a obrigação de se abster de atentar contra a vida do indivíduo. O mesmo ocorre em âmbito social: a pessoa dispõe do direito à vida perante as outras e estas não devem praticar atos que atentem contra a vida de alguém.

Sobre o assunto, Sousa (1995, p. 203-204) declara:

A vida humana, qualquer que seja sua origem, apresenta-se-nos, antes de mais, como um fluxo de projeção colectivo, contínuo, transmissível, comum a toda a espécie humana e presente em cada indivíduo humano, enquanto depositário, continuador e transmitente dessa energia vital global [...] constitui um elemento primordial e estruturante da personalidade [...] a vida humana é susceptível de diversas perspectivas [...].

O estudioso, ainda, entende que não há apenas um direito de vida (que remeteria à conservação da vida existente), mas também um direito à vida, que contemplaria o desdobramento e evolução da vida e, até mesmo, a consecução do nascimento com vida. (Sousa, 1995, p. 207)

Orgaz (1947) defende que a vida constitui um pressuposto essencial da qualidade de pessoa e não um direito subjetivo desta, sendo tutelada publicamente, sem considerar a vontade dos indivíduos. O consentimento é absolutamente ineficaz para mudar esta tutela, não sendo possível, assim, haver um verdadeiro direito

² Adotado pela XXI Sessão da Assembleia das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966. No Brasil, adotado pelo Decreto Legislativo 226, de 12 de dezembro de 1991, e promulgado pelo Decreto 592, de 06 de julho de 1992.

privado à vida. Nesse sentido, tornam-se inválidos todos os atos jurídicos nos quais uma pessoa coloca sua vida à disposição de outra ou se submete a grave perigo.

Sob o aspecto legislativo brasileiro, o art. 5º, *caput* da Constituição Federal de 1988, assegura a todos os brasileiros e estrangeiros residentes no Brasil o direito à vida:

Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. (BRASIL, 1988)

Moraes (2003, p. 63-64) afirma que o direito à vida é o mais fundamental de todos os direitos, pois se constitui em pré-requisito à existência e exercício de todos os demais. Dessa forma, cabe ao “[...] Estado assegurá-lo em sua dupla acepção, sendo a primeira relacionada ao direito de continuar vivo e a segunda de se ter vida digna quanto à subsistência [...] A Constituição, [...], protege a vida de forma geral, inclusive a uterina.”

Sobre o tema, Cretella Junior (1988, p. 182-183) estatui:

Bastaria que se tivesse dito ‘o direito’ ao invés de ‘a inviolabilidade do direito à vida’. Se ‘vida é um direito’ garantido pelo Estado, esse direito é inviolável, embora não “inviolado”. Se eu digo que é ‘inviolável’ (a correspondência, a intimidade, a residência, o sigilo profissional), **ipso facto**, estou querendo dizer que se trata de rol de bens jurídicos dotados de inviolabilidade (inviolabilidade da correspondência, da intimidade, da residência, do sigilo profissional) [...] O direito à vida é o primeiro dos direitos invioláveis, assegurados pela Constituição. Direito à vida é expressão que tem, no mínimo, dois sentidos, (a) o ‘direito a continuar vivo, embora se esteja com saúde’ e (b) ‘o direito de subsistência’: o primeiro, ligado à segurança física da pessoa humana, quanto a agentes humanos ou não, que possam ameaçar-lhe a existência; o segundo, ligado ao ‘direito de prover à própria existência, mediante trabalho honesto’ [...].

Sendo assim, o direito à vida é o principal direito do ser humano, devendo ser protegido, respeitado e garantido pelo Estado, pois nenhum ordenamento seria justo se não respeitasse esse direito. Conforme já apresentado, a Constituição de 1988 prevê tal proteção, que é um reflexo de ampla mudança de conceitos da maioria das populações e governos mundiais.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos³ (1948) – que foi elaborada a partir da Carta da Organização das Nações Unidas⁴ (1945) e de estudos da Comissão de Direitos Humanos da mesma organização – dispõe, em seu artigo XXV, sobre a igualdade e dignidade da pessoa humana, sobre o direito à vida e à liberdade. O referido artigo estabelece, também, a necessidade de se garantir um padrão de vida capaz de assegurar ao homem saúde e bem-estar, compreendendo fatores, como: vestuário, alimentação, habitação, cuidados médicos, entre outros.

O Brasil tornou-se signatário da Declaração acima apontada no ano de 1948, seguindo uma tendência mundial de respeito à vida humana. Em 1969, surgiu a Convenção Americana sobre Direitos Humanos – Pacto de São José da Costa Rica⁵, na mesma linha da Declaração Universal dos Direitos Humanos, ressaltando a importância de respeito à liberdade pessoal e à justiça social, ao direito à vida, à integridade e à liberdade pessoal. Acrescente-se, ainda, o art. 4º, II⁶, da Constituição Federal, que trata das relações internacionais e afirma a prevalência dos direitos humanos.

A questão do direito à vida, apresentada até o momento, busca introduzir o estudo para a aplicação do fundamento da dignidade da pessoa humana, partindo do pressuposto de que a dignidade é uma consequência da vida. Nesse sentido, é importante destacar que a discussão de assuntos relativos ao direito à vida envolve situações que consideram, também, o fim da vida, tais como: o suicídio, a pena de morte, a eutanásia, a distanásia (morte lenta, com grande sofrimento), a ortotanásia (morte natural, sem sofrimento), o aborto (legal, eugênico, resultante de estupro, por questões econômicas, sociais e morais) e a esterilização.

Além desses aspectos, importa destacar que o texto constitucional busca proteger a vida não apenas no sentido biológico, mas, em uma acepção mais ampla, no processo vital de cada indivíduo, que engloba elementos físicos, psíquicos e espirituais.

³ Aprovada pela Resolução 217, na 3ª Sessão Ordinária da Assembleia Geral na ONU, em Paris, em 10 de dezembro de 1948.

⁴ Assinada em São Francisco, Califórnia (EUA), em 26 de junho de 1945; aprovada no Brasil pelo Decreto-lei 7.935, de 04 de setembro de 1945, e promulgada pelo Decreto 19.841, de 22 de outubro de 1945, entrando em vigor em 24 de outubro de 1945.

⁵ Adotada e aberta à assinatura na Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos, em San José de Costa Rica, em 22 de novembro de 1969; aprovada no Brasil pelo Decreto Legislativo 27, de 25 de setembro de 1992, e promulgada pelo Decreto 678, de 06 de novembro de 1992.

⁶ **Art. 4º** A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios... II – prevalência dos direitos humanos;

Para Silva (1999, p. 201), o direito à vida “constitui a fonte primária de todos os outros bens jurídicos.” Dessa maneira, trata-se do direito de estar vivo, de lutar pela vida e defendê-la, além do direito de permanecer vivo ou não, dependendo das circunstâncias.

É importante que construamos a seguinte reflexão: *a vida é um bem individual ou um bem social?* Esse questionamento é justificado em razão da ideia de disponibilidade (individual) ou indisponibilidade (social). Podemos admitir que a vida é um bem individual, em razão da possibilidade do exercício de autonomia e liberdade com relação a ela. Mas, não deixa de ser um bem social (até porque o Estado cuida do direito à vida na Constituição Federal), pois o exercício da autonomia sobre a vida limita-se a situações específicas, como são os casos relativos à terminalidade da vida.

Existe o direito à vida, mas não o direito à imortalidade, pois existem os mecanismos de preservação da vida; no entanto, a morte é a única certeza da consciência humana. Ciente disso, o homem nasce, vive e morre, já que isso faz parte da condição humana. A busca, portanto, é pela vida digna com uma consequente morte digna.

É fato que a morte pode ser súbita e ocorrer por meio de acidentes ou por um ataque cardíaco, mas também pode ser fruto do envelhecimento. Seja por acidente, pelo envelhecimento ou por uma doença, a perspectiva da morte pode ser diferente, mais curta ou mais longa.

Enfrentar a terminalidade da vida não é uma tarefa simples. Em geral, as pessoas não se sentem à vontade para falar sobre o assunto. Ocorre que, a inevitabilidade do fim da vida desencadeia várias consequências, por exemplo, a preocupação com a destinação patrimonial e, nos últimos anos, com os aspectos atinentes ao momento da morte.

A autonomia das pessoas com relação ao direito à vida recebe contornos específicos. Na esfera jurídica, apesar de ser um bem indisponível, o indivíduo possui a liberdade de escolha por uma vida digna, do começo ao fim. Por isso, por meio do *testamento vital*, uma pessoa pode determinar o que deve ser feito com relação à sua vida/morte, em situações de terminalidade, seja por doença terminal, por estado vegetativo persistente, por doenças crônicas, por demência avançada etc.

É, então, o direito à vida digna que sustenta todos os outros direitos. Uns, mais diretamente, outros, de forma mais distante, mas sempre diante da prerrogativa da vida, considerada um bem individual, socialmente protegido.

Retrato do Estado Democrático de Direito existente e em consolidação no Brasil, o fundamento da dignidade da pessoa humana faz parte da estrutura dos direitos e garantias fundamentais proporcionados pela Constituição Federal (art. 1º, III). Não há que se falar em sistema jurídico legítimo se não fundado na garantia da intangibilidade da dignidade da pessoa humana, que não se trata apenas de um valor, mas de um fundamento, conforme acima aludido. Com base nisso, Nunes (2002, p.5) explica:

Antes de mais nada, é preciso deixar clara uma distinção entre princípio e valor, para buscar eliminar a confusão que se fez entre os conceitos na linguagem jurídica corrente. [...] enquanto o valor é sempre um relativo, na medida em que 'vale', isto é, aponta para uma relação, o princípio se impõe como um absoluto, como algo que não comporta qualquer espécie de relativização.

Tratada como fundamento, disposta no art. 1º⁷ da Constituição Federal, a dignidade da pessoa humana é o principal direito fundamental constitucionalmente garantido. Para compreendermos a dimensão do que representa esse direito, é relevante que observemos como é constituído o verbete *dignidade*, contido no Dicionário Houaiss da língua portuguesa (2001, p. 1040), que apresenta as definições: “1. qualidade moral que infunde respeito; consciência do próprio valor; honra [...] 4. respeito aos próprios sentimentos, valores; amor-próprio [...].”

Discorrendo sobre o tema, Silva (1999, p. 201-202) destaca a tentativa de inclusão da terminologia *direito a uma existência digna* na atual Constituição Federal, no art. 6º do Anteprojeto da Comissão Afonso Arinos. Entretanto, devido a toda problemática que envolveria a eutanásia, o aborto eugênico e outros temas polêmicos, entendeu-se que seria melhor não ampliar o conceito. Para a aplicação do *testamento vital*, a expressão *existência digna* seria adequada, pois se entendermos *existência* por começo, meio e fim da vida, veremos que o viver, incorporaria, também, uma terminalidade digna, além do exercício de autonomia do seu titular.

⁷Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: I – a soberania; II – a cidadania; III – a dignidade da pessoa humana; IV – os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V – o pluralismo político.

Dignidade é um termo muito amplo, reconhecido, especialmente, após as atrocidades cometidas pelo próprio homem durante a 2ª Guerra Mundial (1939-1945). Com base nisso, Nunes (2002, p. 48) observa que

[...] se torna necessário identificar a dignidade da pessoa humana como uma conquista da razão ético-jurídica, fruto da reação à história de atrocidades que, infelizmente, marca a experiência humana.

A dignidade nasce com o indivíduo e é a ele inata, faz parte de sua essência. Inserida na vida em sociedade, a dignidade da pessoa humana pode ser acrescida de outros elementos, os quais devem ser respeitados, tais como: imagem, religião e liberdade.

Portanto, a vida constitucionalmente protegida não é uma vida qualquer. Seu conceito se apoia em outra definição constitucional que é a de dignidade, vale dizer, que o legislador constitucional propugna pela defesa da vida digna.

Szaniawski (1993, p. 23), citando Gonella, afirma que “a idéia de dignidade teve origem na concepção cristã⁸ de pessoa como uma substância racional, e no princípio da imortalidade da alma e na ressurreição do corpo”. Com base nisso, pondera Pérez (1986, p. 29-30):

Não se pode esquecer a origem divina da dignidade da pessoa humana. Apenas assim garantiremos o respeito à mesma devido. Como assinala Legaz: ‘o Estado não poderá intervir no que afeta a liberdade e a dignidade da pessoa humana, nascidas de sua origem divina, e que, portanto, antes pertence a Deus que ao Estado’. [...] ‘Se o homem não é imagem de Deus – diz Osório –, e se as relações humanas não recebem a inspiração divina de ordem, facilmente degeneram no culto à lei do mais forte e na negação da dignidade’.⁹ (tradução livre da autora)

⁸ Sobre a concepção cristã, assim diz Rizzato Nunes (2002, p.06), ao tratar da universalidade dos princípios: “Não temos dúvida em afirmar que a questão aqui é ‘religiosa’ no sentido de ligar o ser humano àquilo que é divino. E, nessa linha de pensamento, temos de colocar, então, que, ao menos no Ocidente – que é o que nos interessa –, o fundamento último e primeiro de toda moralidade é cristão. E, por isso, não se trata jamais de afirmar valores relativos, mas sim de apontar, desde logo, isto é, desde Jesus Cristo, o absoluto.”

⁹ “No se puede olvidarse el origen divino de la dignidad humana. Solo así garantiremos el respecto a la misma debido. Como señala Legaz: ‘el Estado no podrá intervenir en lo que afecta a la libertad y a la dignidad humana, nacidas de su origen divino, y que, por tanto, antes pertenecen a Dios que al Estado. [...]’ ‘Si el hombre no es imagen de Dios – dice Osório –, y si las relaciones humanas no reciben la inspiración divina del orden, fácilmente degeneran en el culto a la ley del más fuerte y en la negación de la dignidad’.”

Ainda no âmbito religioso, a Carta Encíclica *Evangelium Vitae*, escrita pelo Papa João Paulo II, em 1995, aborda, também, essa temática, afirmando que o homem é chamado para a plenitude da vida e que essa plenitude ultrapassa a existência terrena. Ao longo do texto, observamos que são realizadas referências aos cuidados paliativos:

São os destinados a tornar o sofrimento mais suportável na fase aguda da doença e assegurar ao mesmo tempo ao paciente um adequado acompanhamento humano. Neste contexto, entre outros problemas, levanta-se o da licitude do recurso aos diversos tipos de analgésicos e sedativos para aliviar o doente da dor, quando isso comporta o risco de lhe abreviar a vida. Ora, se pode realmente ser considerado digno de louvor quem voluntariamente aceita sofrer renunciando aos meios lenitivos da dor, para conservar a plena lucidez e, se crente, participar, de maneira consciente, na Paixão do Senhor, tal comportamento “heróico” não pode ser considerado obrigatório para todos. Já Pio XII afirmara que é lícito suprimir a dor por meio de narcóticos, mesmo com a consequência de limitar a consciência e abreviar a vida, “se não existem outros meios e se, naquelas circunstâncias, isso em nada impede o cumprimento de outros deveres religiosos e morais”. É que, neste caso, a morte não é querida ou procurada, embora por motivos razoáveis se corra o risco dela: pretende-se simplesmente aliviar a dor de maneira eficaz, recorrendo aos analgésicos postos à disposição pela medicina. Contudo, “não se deve privar o moribundo da consciência de si mesmo, sem motivo grave”: quando se aproxima a morte, as pessoas devem estar em condições de poder satisfazer as suas obrigações morais e familiares, e devem, sobretudo poder-se preparar com plena consciência para o encontro definitivo com Deus. (JOÃO PAULO II, 1995)

Assim, a origem divina e, por consequência, religiosa da questão da vida digna, abrange, também, o momento da morte. Vale ressaltar que o texto católico não condena a utilização apenas de sedativos e analgésicos para aliviar a dor, na ciência que outros tratamentos serão inúteis e de que a morte é iminente. É a renúncia ao chamado *excesso terapêutico*. Explica a Encíclica (JOÃO PAULO II, 1995):

[...] renunciar a certas intervenções médicas já inadequadas à situação real do doente, porque não proporcionadas aos resultados que se poderiam esperar ou ainda porque demasiado gravosas para ele e para a sua família. Nestas situações, quando a morte se anuncia iminente e inevitável, pode-se em consciência « renunciar a tratamentos que dariam somente um prolongamento precário e penoso da vida, sem, contudo, interromper os cuidados normais devidos ao doente em casos semelhantes ». Há, sem dúvida, a obrigação moral de se tratar e procurar curar-se, mas essa obrigação

há de medir-se segundo as situações concretas, isto é, impõe-se avaliar se os meios terapêuticos à disposição são objetivamente proporcionados às perspectivas de melhoramento. A renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou à eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana defronte à morte.

Desse modo, a renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados em um tratamento de saúde significa a aceitação da condição humana perante a inevitabilidade da morte.

O doutrinador português Sousa (1995, p. 78), citando Antônio Luiz de Seabra e tecendo comentários sobre a Constituição Portuguesa, aponta que *dignidade* é mais abrangente que *vida*, assim, não basta a vida, se esta não for digna: “[...] todos os seres humanos têm a mesma dignidade vital [...]” (SOUSA, 1995, p. 205).

Constatamos, dessa maneira, que o direito à vida possui uma ligação constitutiva com a dignidade, com a plenitude da vida. Isso significa que o direito à vida não é apenas o direito de sobreviver, mas de viver dignamente até o momento da morte. Em razão disso, quando uma pessoa passa a apresentar os sintomas da terminalidade, é mais lógico, racional e digno cuidar de sua *boa morte* e não tentar prolongar a vida inutilmente, o que pode causar mais sofrimento.

A dignidade da pessoa humana é um valor espiritual e moral, que lhe é inerente, pressupondo o respeito por parte das demais pessoas. Ele é consagrado pela manifestação da maioria dos direitos da personalidade, como: a própria vida, a intimidade, a honra e a imagem. (PEREIRA, 2004, p. 96)

Santoró (2012, p. 86) explica que pode parecer estranho postular por um direito à morte digna quando se sabe, na realidade, que a vida é muito protegida, não existindo nem o direito de uma pessoa suprimir a sua própria. Para o teórico,

[...] a concepção de morte digna deve ser entendida sob outro ângulo, no sentido de ser a morte o final da existência humana, ou melhor, o caminho natural de todos os homens. Esta é a razão pela qual sendo a dignidade da pessoa humana um princípio fundamental a ser respeitado em todos os momentos, existe o direito à morte digna tanto quanto o direito a uma vida digna.

Traçando um paralelo entre vida digna e liberdade, Bastos (1998) defende que a dignidade da pessoa humana traz em si todos os demais direitos fundamentais, individuais, econômicos ou sociais, além da dimensão moral. Todas

essas são situações existenciais do ser humano. Com base nisso, o estudioso afirma:

Portanto, o que ele [constituente] está a indicar é que é um dos fins do Estado propiciar as condições para que as pessoas se tornem dignas. [...] Esta é uma tarefa eminentemente pessoal. O sentido da vida humana é algo forjado pelos homens. O Estado só pode facilitar esta tarefa na medida em que amplie as possibilidades existenciais do exercício da liberdade. (BASTOS, 1998, p.425)

Além da dignidade da pessoa humana, em se tratando do *testamento vital* e cuidados de saúde, a liberdade e a autodeterminação serão a seguir analisados.

Elemento fundamental do *testamento vital* é a liberdade, ou seja, a liberdade de consentir, a autonomia ou autodeterminação. A proteção da liberdade, enquanto situação existencial prevista constitucionalmente, é, assim, descrita por Dadalto (2013, p. 34):

Verifica-se que as situações jurídicas existenciais no ordenamento jurídico brasileiro são tuteladas pelo princípio da autonomia privada que, por sua vez, está intimamente ligado ao princípio da dignidade da pessoa humana, pois o reconhecimento da autonomia privada do indivíduo importa, por consequência, no reconhecimento da dignidade da pessoa humana.

Compreendemos, desse modo, que a liberdade está intimamente ligada ao direito de autodeterminação para a escolha de tratamento em momento de terminalidade, ou seja, se o paciente não quiser ser tratado de uma determinada forma, a imposição de tal tratamento implicará uma agressão à sua integridade pessoal.

A liberdade para consentir (sem nenhum tipo de coação) e a liberdade em termos de integridade pessoal (autodeterminação) significam que o profissional de saúde não pode impor um procedimento ao qual o paciente não queira submeter-se. A partir do momento em que o paciente esteja ciente de suas condições e das possibilidades de tratamento, ele é livre para escolher e consentir, pois possui garantia de liberdade para tanto.

A Constituição Federal expressa, no art. 5º, II: “Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”. A liberdade de cada pessoa implica a liberdade de, conforme os ditames da lei, fazer, deixar de fazer, pensar, ir e vir, sem o impedimento de outrem. Porém, essa liberdade deve estar

sempre acompanhada dos requisitos de interesse público e bem-estar social na comunidade em que se insere cada ser humano.

Afirma De Cupis (1961, p. 100): “[...] existe o direito à liberdade, que é o direito de cada um se manifestar consoante a sua vontade, excluída, porém, aquela esfera de atividade realmente indiferente ao ordenamento jurídico.”

Ainda, a Constituição Federal trata do direito à liberdade no art. 3º, I: “Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I – construir uma sociedade livre [...]” e também no próprio caput do art. 5º, ao aduzir: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade [...]”.

Aieta (2001, p. 305) pondera a respeito de outro importante aspecto da liberdade ao tratar da restrição da liberdade pertinente à indisponibilidade do corpo humano, afirmando que “A indisponibilidade do corpo humano aparece, assim, como um limite à liberdade fundamental de dispor de si mesmo ou à liberdade contratual das partes.”

Diferentes sentidos são atribuídos às liberdades garantidas constitucionalmente. Em sentido amplo, possuem uma significação negativa, a de o indivíduo não estar sob o controle de outrem, sem sofrer restrições ou imposições, ou seja, a possibilidade de tomar decisões ou formas de conduta, sem necessidade de estar sob obediência de outrem.

Especificamente quanto à liberdade de ação e pertinente ao estudo do *testamento vital*, Carvalho (1999, p. 205) ensina que tal liberdade é o ponto de contato entre a liberdade e a legalidade, conforme o art. 5º da Constituição Federal.

Para Silva (1999, p. 238-239), sobre a liberdade de ação, é importante ressaltar que

[...] cabe considerar aquela que constitui, por assim dizer, a ‘liberdade-matriz’, a ‘liberdade-base’, que é a ‘liberdade de ação em geral’, a ‘liberdade geral de atuar’, que decorre do art. 5º, II, da Constituição, segundo o qual ‘ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei. [...] O texto constitucional, [...], prevê a ‘liberdade de fazer’, a ‘liberdade de atuar’ ou ‘liberdade de agir’ como princípio. Vale dizer, o princípio é o de que ‘todos têm a liberdade de fazer e de não fazer o que bem entender’, salvo quando a lei determine em contrário. [...] A questão [da lei] está na legitimidade do sistema coativo, do ordenamento jurídico.

No que se refere à igualdade, é este o ideal de todos: que todas as pessoas sejam igualmente consideradas. Assim sendo, toda e qualquer pessoa tem o direito de se expressar por meio do *testamento vital* e essa expressão de vontade deve ser respeitada, não importando quem seja a pessoa, se rico ou pobre, se homem ou mulher, se em tratamento de saúde particular ou público, pois é o meio que tem a pessoa para manifestar sua escolha, além do meio que tem uma equipe de saúde para realizá-la, aplicando toda a sua diligência e conhecimentos no paciente sob sua responsabilidade.

A igualdade, assim como a liberdade, é constitucionalmente garantida. O texto constitucional adota o princípio da igualdade de direitos no art. 5º, caput: “Todos são iguais perante a lei [...]”, vetando as diferenciações e discriminações entre as pessoas, desde que arbitrárias ou absurdas, em consonância com o entendimento de que devem ser tratados igualmente os iguais e desigualmente os desiguais¹⁰, justamente para fazer valer a igualdade real ou material.

Na esteira desse entendimento, há que se considerar que todos os homens são iguais em sua dignidade, mas são efetivamente desiguais se forem considerados os fatores que cercam a vida humana, como a estrutura física, o nível de inteligência e cultura, entre tantos.

Tal princípio é igualmente imposto ao particular, que, segundo Moraes (2003, p. 65), “não poderá pautar-se por condutas discriminatórias, preconceituosas ou racistas, sob pena de responsabilidade civil e penal, nos termos da legislação em vigor”.

Assim, os princípios da liberdade e da igualdade refletem o direito à autodeterminação de qualquer pessoa ao expressar sua vontade com relação ao momento de sua terminalidade, consentindo com algumas medidas no tratamento de sua saúde e repudiando outras.

Embora para a Análise de Discurso o sujeito é sempre posição e não está na origem daquilo que ele diz (e, portanto, não é autônomo), a autonomia aqui explicitada é a do sujeito manifestando vontade perante o Direito. Então, somente neste caso, tratamos do sujeito com sua autonomia.

¹⁰ Pensamento do filósofo Aristóteles, no qual a igualdade significa tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida em que se desigualam.

1.2 DO CONCEITO DE TESTAMENTO VITAL E A RESOLUÇÃO CFM Nº 1995/2012

De acordo com Lopes e Cuminale (2012, p. 100), o *testamento vital (diretivas antecipadas ou living will)* foi idealizado nos Estados Unidos, na década de 1960, pelo advogado norte-americano Luis Kutner, transformando-se em lei somente em 1990. Atualmente, Suíça, Holanda, Alemanha, Portugal, Argentina, entre outros países, também, já têm legislação sobre o assunto.

No Brasil, a regulamentação é recente. Em 31 de agosto de 2012, foi publicada a Resolução nº 1995 do Conselho Federal de Medicina, que dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes, conforme abaixo:

RESOLUÇÃO CFM nº 1.995/2012

(Publicada no D.O.U. de 31 de agosto de 2012, Seção I, p.269-70)

Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e

CONSIDERANDO a necessidade, bem como a inexistência de regulamentação sobre diretivas antecipadas de vontade do paciente no contexto da ética médica brasileira;

CONSIDERANDO a necessidade de disciplinar a conduta do médico em face das mesmas;

CONSIDERANDO a atual relevância da questão da autonomia do paciente no contexto da relação médico-paciente, bem como sua interface com as diretivas antecipadas de vontade;

CONSIDERANDO que, na prática profissional, os médicos podem defrontar-se com esta situação de ordem ética ainda não prevista nos atuais dispositivos éticos nacionais;

CONSIDERANDO que os novos recursos tecnológicos permitem a adoção de medidas desproporcionais que prolongam o sofrimento do paciente em estado terminal, sem trazer benefícios, e que essas medidas podem ter sido antecipadamente rejeitadas pelo mesmo;

CONSIDERANDO o decidido em reunião plenária de 9 de agosto de 2012,

RESOLVE:

Art. 1º Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§ 2º O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

§ 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

§ 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

§ 5º Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

Art. 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 9 de agosto de 2012

ROBERTO LUIZ D'AVILA HENRIQUE BATISTA E SILVA
Presidente Secretário-geral

Fonte: BRASIL, 2012, p. 269-270.

É importante esclarecer que não existe lei específica no ordenamento jurídico brasileiro que regulamente o *testamento vital*. O Conselho Federal de Medicina, por competência legal, criou a Resolução acima, considerando vários fatores que, na atualidade, geram conflitos no exercício da profissão dos médicos e nas profissões ligadas à saúde em geral.

O próprio Código de Ética Médica (Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1931/2009), embora trate de questões como os cuidados paliativos e a autonomia do paciente, não dispõe sobre o *testamento vital*, o que causa um “vazio” em termos de atitudes diante das situações de terminalidade, nas quais não é permitido aos médicos pressupor o que o paciente gostaria que fosse feito ou não com relação ao seu tratamento.

Por isso, buscando garantir o respeito da autonomia dos pacientes (como explicitado no item anterior), a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1995/2012 definiu o *testamento vital* (por ela denominado *diretivas antecipadas de vontade*) pelo conjunto de desejos sobre os cuidados e tratamentos que uma pessoa quer receber quando estiver sem capacidade de expressão. Esses desejos serão prévia e expressamente manifestados no exercício da autonomia da pessoa capaz e livre.

Segundo Rodrigues Junior (2015, p. 382), o *testamento vital* é:

Uma declaração de vontade emitida por uma pessoa natural, em pleno gozo de suas capacidades, cujo conteúdo é uma autorização ou uma restrição total ou parcial à submissão do declarante a certos procedimentos médico-terapêuticos, na hipótese de não mais ser possível, emitir esse comando, em face da perda de autodeterminação, seja por lesões cerebrais, seja por ele se encontrar em estado terminal.

Uma outra opção, que não a do documento *testamento vital*, é a escolha de um representante, que documentalmente é conhecida por *procurador de cuidados de saúde*, *mandato duradouro* ou *durable power of attorney for health care*. Configura-se em uma hipótese mais complexa, pois são necessárias provas de que existam os poderes de representação (por meio de documentação válida: procuração), como também se o representante está ciente disso, se a vontade foi livremente manifestada, entre outros fatores.

Em Portugal, nos estudos sobre esse assunto, é comum “[...] referir-se às diretivas antecipadas de vontade como gênero do qual são espécies o testamento vital e o mandato para cuidados de saúde.” (RODRIGUES JUNIOR, 2015, p. 384).

Nesta tese, conforme já apresentamos anteriormente, adotamos *testamento vital* como terminologia padrão, sendo sinônimo de *diretivas antecipadas de vontade dos pacientes* (conforme a Resolução nº 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina).

No *testamento vital*, se a pessoa manifestar vontade em desacordo com os atos que os médicos podem realizar, em conformidade com o Código de Ética, as atitudes desejadas não poderão ser executadas.

A participação da família do paciente é sempre muito importante nesses momentos. No entanto, entre o que está expresso no *testamento vital* e a vontade dos familiares, prevalece a autonomia do paciente expressa no *testamento vital*. Diante de inexistência desse documento, os familiares serão consultados sobre possíveis procedimentos a serem adotados nos casos de terminalidade e, se não houver acordo entre as pessoas da família, os médicos deverão recorrer ao Comitê de Bioética ou à Comissão de Ética ou ao respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Federal de Medicina, para legitimar os atos médicos específicos.

A Exposição de Motivos da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1995/2012, justifica sua importância, delimitando alguns fatores. Primeiramente, a grande maioria das pessoas em situação de terminalidade apresenta dificuldade ou completa impossibilidade de comunicação. Por outro lado, os médicos brasileiros têm-se mostrado muito receptivos e atenciosos ao *testamento vital*, pois, mais do que nunca, têm ciência de que os novos recursos tecnológicos podem prolongar o sofrimento do paciente em estado terminal, não proporcionando nenhum benefício.

Além disso, diante dos aspectos já analisados no item anterior, sobre o direito à vida digna, à liberdade e à autonomia, nos dias de hoje, muitas pessoas consideram pertinente a oportunidade de tratar dos aspectos relacionados ao fim de suas vidas, bem como de instrumentalizá-los por meio do *testamento vital*. A autonomia e a participação em seu próprio tratamento e/ou de sua família vislumbra inclusive a realização dos cuidados em domicílio ou outro lugar apropriado que não o hospital (os chamados *hospices*).

Um último aspecto que justifica a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1995/2012 é a tendência mundial dessa atitude. Os Estados Unidos da América (em 1991), a Alemanha (em 2009) e Portugal (em 2012) já têm legislação específica sobre o assunto.

Juridicamente, o conceito e a regulamentação do *testamento vital* surgem a partir do *consentimento informado* para o tratamento de saúde, que é o processo que legitima a atuação do profissional de saúde em relação ao paciente. Existem situações, em que a pessoa, devidamente esclarecida, tem o direito de recusar um tratamento ou sua continuidade. Essa recusa pode ser feita previamente, como é o caso do *testamento vital*.

Um caso que ilustra essa situação é o da ex-primeira dama dos Estados Unidos, Jacqueline Kennedy, que diante de diagnóstico de câncer, preparou um documento três meses antes de morrer. Ela estava lúcida e ciente da situação. Sendo assim, determinou que queria morrer em casa. Seus familiares sabiam disso e diante da situação irreversível da doença, ela faleceu em maio de 1994, na sua casa, cercada pelos familiares e amigos, tendo sua vontade prévia atendida (LOPES; CUMINALE, 2012, p. 102).

Falar sobre a morte não é fácil, em especial, no Brasil. Até o testamento para disposições patrimoniais é pouco usado por aqui. Os pacientes – pessoas em geral – não têm preparo para isso, assim como, também, não têm os profissionais de saúde,

que são *treinados* para salvar vidas. De acordo com os valores existenciais de cada pessoa (subjetividade), sua fé, sua cultura e religião, viver a fase da terminalidade pode ser mais ou menos difícil. Por isso, a forma como cada pessoa entende esse *enfrentamento* deve ser respeitada.

Ocorre que, atualmente, a noção de *cuidados paliativos* vem crescendo. Os *cuidados paliativos* não revertem o quadro do paciente, mas ajudam no conforto e na qualidade de vida em situação de terminalidade. Trata-se de uma opção: aceitar, ou não, os recursos que prolonguem a vida. Por isso, o *testamento vital* tem por base fundante o respeito à autonomia da pessoa.

Mas, o que significa terminalidade? A princípio, de uma forma bem objetiva, podemos afirmar que o paciente em estado de terminalidade é aquele em situação irreversível, incurável e que *vai morrer*.

Entretanto, os avanços científicos e tecnológicos nas áreas da saúde, ocorridos no século XX e, agora, no século XXI, alteraram a visão humana quanto ao momento da morte, deixando uma impressão que seria passível de ser prorrogado. Se a morte era considerada e aceita como inevitável, hoje em dia, é considerada evitável na maioria das vezes, diante do surgimento de técnicas preventivas, exames, medicamentos, cura de doenças, tratamentos etc.

Maria Cláudia Crespo Brauner, ao prefaciá-lo Möller (2012, p. 11), destaca a reflexão proposta pela Bioética de que o ser humano deve ser priorizado face às pesquisas científicas e avanços tecnológicos pertinentes à área da saúde, pois “[...] no cotidiano dos hospitais, o recurso às novas tecnologias terapêuticas pode transformar a morte em um processo lento, triste e alienante.”

A vida deve ser protegida, o que não significa um dever em continuar vivendo com sofrimento, diante de um prolongamento artificial, doloroso e desnecessário, em casos de terminalidade.

Dor e sofrimento não significam a mesma coisa. A dor está relacionada à integridade do corpo físico, o sofrimento, por sua vez, atinge a alma, a integridade global da pessoa. Nessa perspectiva, GIOSTRI (2002, p. 122) ressalta:

A Medicina e o seu avanço técnico-científico têm proporcionado uma condição de conforto, e até de vitória, no que diz respeito ao combate da *dor*. Todavia, o *sofrimento* parece continuar sendo um inimigo imbatível, uma categoria mais complexa do que a da própria dor e que, necessariamente, não precisa envolver a presença daquela.

Uma dor aguda pode ser exterminada, mas as dores crônicas acompanham a vida da pessoa, podendo até causar alteração de personalidade, com consequências psicológicas e sociais, que geram o sofrimento. A constância do sofrimento pode esvaziar de sentido a vida de uma pessoa, em especial na fase terminal.

Sendo assim, as tecnologias para atacar as dores físicas, nem sempre atenuam ou exterminam o sofrimento, se for analisado o indivíduo como um todo (não só a doença). Pode existir a diminuição da dor, mas não do sofrimento. Por isso, a vontade do paciente tem que ser respeitada quanto ao tratamento de saúde que queira receber na terminalidade da vida.

A morte é intrínseca à vida do ser humano. O homem não descobriu a técnica da imortalidade, pelo menos por enquanto. Sendo assim, se a vida pode ser *mais vivida*, se a morte pode ser evitada em várias situações, em que momento poderíamos afirmar que uma pessoa está efetivamente vivendo a terminalidade da vida?

Para isso, duas circunstâncias precisam estar associadas: a impossibilidade de cura ou recuperação e a proximidade da morte. Dadalto (2013, p. 39) diferencia duas situações de terminalidade: o paciente terminal consciente e o paciente terminal inconsciente. Consciente ou inconsciente, sua dignidade e autonomia devem ser preservadas. Se estiver consciente, poderá expressar sua vontade, mas se estiver inconsciente, a existência do *testamento vital* será de suma importância.

Dadalto (2013, p. 40-45) apresenta duas situações específicas de terminalidade: o estado vegetativo persistente e a demência avançada. Nessas situações, entram em cena os cuidados paliativos que garantem ao paciente terminal uma qualidade de vida até a hora efetiva da sua morte. Os cuidados paliativos não contemplam os tratamentos fúteis, que não proporcionam nenhum benefício ao paciente e que devem ser analisados diante das situações concretas.

A problemática do tratamento de pacientes terminais, as particularidades que compõem o cenário do fim da vida, os limites nas intervenções nos pacientes terminais, bem como as questões relacionadas à *obstinação terapêutica*, são amplamente tratadas por Möller (2012, p. 23-44).

Existe a necessidade de ser verificado se o tratamento é útil ou fútil no caso concreto do paciente em estado terminal, sempre em uma perspectiva ética/bioética. Assim, Möller (2012, p. 44) expõe:

Nesse ponto, entra-se em terreno delicado, pois tem-se, de um lado, a postura tradicional do profissional da saúde [...], e de outro, a autonomia da doente, que precisa ser respeitada.

Roberto Pompeu de Toledo (2015, p. 110), em artigo publicado na Revista *Veja*, pondera sobre os *tipos de morte*, levando o leitor a uma reflexão: “escolha sua morte preferida: súbita; longa, com demência; longa, com idas e vindas no tratamento de um órgão doente; câncer”. E declara:

A pior (morte) é a precedida pela demência. A da luta contra a degeneração de um órgão acaba contaminando outros órgãos, e compreende desesperadas tentativas de cura, muitos médicos, muitos hospitais, e arrastada agonia.

A elaboração de um *testamento vital* pode tornar esse momento bem menos difícil para o doente e para sua família, considerando que a vontade prévia já foi manifestada, bem antes da demência acontecer. Os familiares, médicos e cuidadores em geral já saberão os procedimentos que o doente deseja receber.

Podemos interpretar, então, que essa postura tradicional dos profissionais da saúde em buscar a cura e a sobrevivência – que também pode ser denominada de paternalismo, considerando que a vida do paciente fica à mercê da técnica médica – passa a ser limitada pela autodeterminação do paciente.

Uma atualização é necessária nesse ponto. A Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), em seu art. 116 (que acrescenta o art. 1783-A ao Código Civil), criou a denominada *tomada de decisão apoiada*. Ao abordar o assunto, Rosenvald (2016) esclarece:

Cuida-se de negócio jurídico homologado judicialmente, pelo qual a pessoa, com qualquer forma de limitação em sua autodeterminação, designará apoiadores que lhe assistirão exclusivamente na prática dos atos que tenham sido previamente definidos pelo beneficiário.

A *tomada de decisão apoiada* é diferente da curatela, pois é a própria pessoa deficiente que escolhe os apoiadores e determina quais são suas atribuições. Também, difere do *testamento vital*, que cuida do momento de terminalidade (condição suspensiva de uma eventual impossibilidade absoluta de manifestação de vontade). Mesmo assim, já é possível vislumbrar aproximações entre ambos. Assim, reflete Rosenvald (2016):

Excepcionalmente, será viável flexibilizar o suporte legal da TDA para disciplinar o exercício do consentimento informado de beneficiários que, apesar da plena capacidade ao tempo do pedido, estejam na iminência de uma intervenção cirúrgica programada ou com uma patologia já diagnosticada, que, em um ou outro caso, conduzirão a um provável prognóstico de restrição na autodeterminação. Nesses casos, faz todo sentido a ampliação do escopo da TDA, mesmo que com excepcional postergação de sua eficácia pro futuro, sem que tal medida seja considerada uma forma de sub-rogação de uma declaração antecipada de vontade, porém expressão de consentimento informado, na qual o potencial beneficiário antecipará as circunstâncias em que prestará adesão aos tratamentos propostos pelos médicos. Cremos que essa seja uma legítima solução de compromisso hábil a evitar uma dilação excessiva do espaço entre o decreto de TDA e sua eficácia e a hermenêutica literal do vocábulo “atualidade”, que engessa a pertinência subjetiva dos candidatos as medidas de apoio.

Diante da novidade legislativa, ainda não temos elementos concretos para dizer o que acontecerá, mas assiste razão o posicionamento de Nelson Rosenvald (2016), ao defender que a Lei nº 13.146/2015 poderá ser aplicada para os casos que envolvam terminalidade da vida.

Por todas essas razões, é importante verificar, agora, os aspectos relacionados ao *consentimento informado* do paciente, pois o *testamento vital* é seu fruto, sendo a expressão de vontade que uma pessoa consciente faz prevendo uma situação de terminalidade.

1.3 A NOÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Esclarecemos, desde já, que o estudo do *consentimento informado* para os tratamentos de saúde foi objeto de nossa dissertação de Mestrado, *Responsabilidade Civil do Profissional de Saúde & Consentimento Informado* (ROBERTO, 2012)¹¹, que contemplou uma análise jurídica do instituto em âmbito do Direito.

Sendo assim, trataremos, agora, do estudo do *consentimento informado*, uma vez que não há como proceder a um tratamento de saúde, sem que haja uma

¹¹ ROBERTO, Luciana Mendes Pereira. **Responsabilidade Civil do Profissional de Saúde & Consentimento Informado**. Curitiba: Juruá. 1.ed. 2005; 2.ed. 2008 (3. reimpr. 2012). Esclarecimento: no ano de 2014, houve alteração de nome da autora de Luciana Mendes Pereira Roberto para Luciana Mendes Pereira. Por esse motivo, as citações da obra na presente tese, seguem como ROBERTO (conf. Referências).

intervenção no corpo ou na mente do paciente. Para que a intervenção aconteça de forma legítima, é necessário que exista consentimento.

Tem-se, então, que o consentimento do paciente para o tratamento de saúde torna lícita ou justificada a conduta do profissional que o executa, pois o tratamento, em geral, pressupõe uma invasão à integridade física e/ou moral e à saúde do paciente. (ROBERTO, 2012)

O respeito ao *testamento vital* faz parte do tratamento de saúde, pois nas circunstâncias da terminalidade de uma pessoa, sua escolha, na condução dos procedimentos a serem realizados, integra a opção do tratamento, seja ele qual for.

Havendo interesse (balanceamento de interesses) e estando em conformidade com a ordem pública e os bons costumes, a disponibilidade do bem jurídico (integridade física, integridade moral, vida, saúde, liberdade) torna-se possível, mediante o consentimento. (ROBERTO, 2012)

Para que se realize um tratamento de saúde, é necessário o consentimento de pessoa consciente e capaz de prestá-lo. O consentimento é indispensável para que as condutas do tratamento médico sejam consideradas lícitas, posto que representa a autodeterminação do paciente na renúncia à proteção de um bem jurídico. (ROBERTO, 2012)

O *Black's Law Dictionary* (1879, p. 701) traz a seguinte definição para o termo *consentimento informado*:

Consentimento Informado¹². Um acordo de pessoas [contrato] para permitir que alguma coisa aconteça (como uma cirurgia) baseada em uma completa revelação de fatos necessários para fazer a decisão inteligentemente; isto é, conhecimento dos riscos envolvidos, alternativas, etc. Consentimento Informado é o nome para um princípio geral da lei que um profissional de saúde tem o dever de revelar, que um razoavelmente prudente profissional de saúde na comunidade médica em exercício de razoável cuidado, deveria revelar para seu paciente, como uma proposta de tratamento, para este paciente, exercitando cuidado básico para seu próprio bem-estar, e encarando a escolha de aceitar a proposta de tratamento, ou

¹²Versão original: Informed Consent. A person's agreement to allow something to happen (such as surgery) that is based on a full disclosure of facts needed to make the decision intelligently; i. e., knowledge of risks involved, alternatives, etc. Informed consent is the name for a general principle of law that a physician has a duty to disclosure, what a reasonably prudent physician in the medical community in the exercise of reasonable care would disclosure to his patient as to whatever grave risks as injury might be incurred from a proposed course of treatment, so that a patient, exercising ordinary care for his own welfare, and faced with a choice of undergoing the proposed treatment, or alternative treatment, or none at all, may intelligently exercise his judgment by reasonably balancing the probable risks against the probable benefits.

o tratamento alternativo, ou nenhum dos dois, deve exercer de maneira inteligente seu julgamento através da análise razoável da possibilidade dos riscos contra os prováveis benefícios. (tradução livre da autora).

O *consentimento informado* é uma manifestação de vontade do paciente que tem sua autonomia e liberdade respeitadas, concordando ou optando pelo tratamento de saúde, depois de devidamente esclarecido. Esse processo legitima a conduta dos profissionais de saúde e tem seus efeitos limitados à manifestação de vontade do paciente, não gerando direitos àqueles.

Além do alicerce jurídico sob o qual se fundamenta o *consentimento informado*, há, também, os referenciais bioéticos que balizam o instituto e que serão, agora, analisados.

1.3.1 Dos Princípios Bioéticos

Para fazermos uma análise do discurso do *testamento vital*, devemos nos deter à explicação de elementos teóricos que subsidiem a compreensão do processo discursivo e da constituição do sujeito discursivo. Esses elementos trarão à tona as condições de produção, considerando-se a noção de contexto e as relações com a história.

De acordo com Singer (1994), a *ética* está relacionada a uma concepção de vida que segue padrões considerados corretos, além de defender o modo como se vive, de dar-lhe uma razão de ser, de justificá-lo. Surge, assim, a bioética, diante do impacto social das inovações das ciências biomédicas e das altas tecnologias aplicadas à saúde.

Pensar em bioética é buscar um novo domínio da reflexão, que considera o ser humano em sua dignidade e as condições éticas para uma vida humana digna. Afirma Diniz (2001) que a bioética é personalista, visto que vê o homem como pessoa, dá valor à vida e à dignidade da pessoa humana, não admitindo qualquer intervenção no corpo humano que não redunde no bem da pessoa.

A bioética pauta-se em quatro princípios elementares que tutelam a pessoa humana, seja com caráter teleológico, seja com caráter deontológico. São teleológicos os princípios da beneficência e da autonomia; deontológicos, os da não-maleficência e da justiça.

Essa noção da bioética pautada em princípios, denominada bioética principialista, foi iniciada com a publicação da obra *Princípios de Ética Biomédica*, de Tom L. Beauchamp e James F. Childress, no ano de 1979, tornando-se, imediatamente, o manual de auxílio aos profissionais de saúde para tomada de decisões em situações de conflitos morais em seus casos clínicos.

O *princípio da beneficência* é explicado por Amorim (2002, p. 12-13). Nas palavras do autor:

O princípio da beneficência não nos diz como distribuir o bem e o mal, só nos manda promover o primeiro e evitar o segundo. Quando se manifestam exigências conflitantes, o mais que ele pode fazer é aconselhar-nos a conseguir a maior porção possível de bem em relação ao mal. [...] é uma ação feita no benefício de outros, estabelece uma obrigação moral e difere de benevolência, que é a virtude de se dispor a agir no benefício dos outros. No âmbito da saúde, e mais especificamente no contexto médico, a beneficência é operacionalizada no sentido de agir no interesse do paciente. [...] requer não causar danos, prevenir danos e retirar os danos ocasionados.

O *princípio da beneficência*, pelo seu caráter teleológico, ou seja, de finalidade, tem por objetivo a avaliação do risco/benefício do procedimento de saúde por parte do profissional, buscando sempre o bem-estar do paciente.

Em um passo além, como fruto da evolução cultural do século XX, o *princípio da autonomia* requer que o profissional de saúde respeite a vontade do paciente. Tratando do referido princípio, assevera Diniz (2001, p. 15) que este “reconhece o domínio do paciente sobre a própria vida (corpo e mente) e o respeito à sua intimidade”.

Ao propor uma definição para *autonomia*, Lepargneur (2002, p. 15-18) afirma:

A autonomia é a condição de um indivíduo ou de um grupo que determina ele mesmo a norma a qual entende conformar seu agir ou destino. [...] este princípio de autonomia, que gera imediatamente o direito individual de **autodeterminação** [...] A autonomia é um direito subjetivo em contexto **democrático**, o regime político que mais ostensivamente promoveu o indivíduo como pessoa. [...] A autonomia exprime a ‘liberdade’ de o sujeito saber ou não saber o que diz respeito à sua saúde; exprime o ‘poder’ de decidir uma intervenção terapêutica ou de recusá-la; exprime a ‘imunidade’ teórica do paciente às decisões sanitárias que ele reprova; exprime o ‘privilegio’ de ser o dono teórico de seu itinerário de saúde. (grifos da autora)

Do *princípio da autonomia* decorre, imediatamente, a doutrina do *consentimento informado* do paciente ou de seu representante legal. É necessário

ressaltar que a obrigatoriedade do consentimento está oficializada em diversos documentos de caráter internacional, tendo como primícias as experimentações humanas, mas aplicável em qualquer procedimento de tratamento de saúde, como postulado do respeito ao direito de autodeterminação do homem.

Como já referimos, são princípios deontológicos o da *não-maleficência* e o da *justiça*. O primeiro é caracterizado pela obrigação de não causar danos, o que implica omissão, devendo ser comum e aplicável a todas as pessoas. Assim, esclarece Amorim (2002, p. 13): “O princípio da não-maleficência está contido no juramento de Hipócrates [...] propõe a obrigação de não infligir dano intencional.”

Dessa forma, o *princípio da não-maleficência* é um desdobramento do princípio da beneficência, sendo, também, um princípio ético no exercício da profissão de saúde.

Por sua vez, o *princípio da justiça* na Bioética busca aplicar a “imparcialidade na distribuição dos riscos e benefícios, no que atina à prática médica pelos profissionais da saúde, pois os iguais deverão ser tratados igualmente” (DINIZ, 2001, p. 16)

Sobre o assunto, Braga Filho (2002, p. 35) expõe:

Falar em princípio da justiça não será o mesmo que considerar códigos, constituições ou alguma forma de sistematização [...] referendar justiça será falar do geral, pleno e livre desenvolvimento das gerações humanas, como perspectiva histórica e não apenas como obrigação de fazer e não fazer, nas relações públicas e civis.

Abordando, também, o princípio da justiça, esclarece Oliveira (2002, p. 49-50):

O princípio de justiça ‘requer uma repartição equânime dos benefícios e dos ônus, para evitar discriminações e injustiças nas políticas e nas intervenções sanitárias’ [...] ‘a justa distribuição dos bens e serviços implica que o acesso a eles deve ser sempre universal; avaliar quem necessita mais deve preceder a atenção igualitária’.

Não existe hierarquia entre esses princípios, sendo que todos devem servir de paradigma para o exercício de qualquer profissão, especificamente as da área da saúde, tendo sempre em mente a justificativa do surgimento de princípios, como a dignidade da pessoa humana, fundamento do Estado Democrático de Direito, conforme preceitua a Constituição Federal no seu art. 1º, III.

Deontologia é a ética profissional. As profissões da área da saúde possuem seus Códigos de Ética, disciplinadores de comportamento moral no exercício

profissional. As pessoas querem saber sobre os procedimentos do tratamento de sua saúde, além disso, exigem indenização se o dever ético do profissional não foi cumprido, causando-lhe um dano. França (2002, p. 69) acrescenta:

O ideal será uma ética capaz de alcançar o homem de agora na sua integralidade, restabelecendo sua dignidade e denunciando os horrores de seus dramas e de suas iniquidades. E que ela não expresse apenas uma benignidade humanitária para com os doentes, mas, antes disso, uma firme disposição para um projeto de engajamento em que o caminho seja a busca da cidadania e a garantia irrefragável de uma ampla e afetiva relação entre todos os indivíduos neste orbe.

O Código de Ética Médica, por exemplo, traz as seguintes disposições:

É vedado ao médico: Art. 46 – Efetuar qualquer procedimento médico sem o **esclarecimento e consentimento** prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida. [...] **Art. 48** – Exercer sua autoridade de maneira a **limitar o direito do paciente de decidir livremente** sobre a sua pessoa ou seu bem-estar. (grifo da autora)

É vedado ao médico: **Art. 56** – Desrespeitar o direito do paciente de **decidir livremente** sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de **iminente** perigo de vida. [...] **Art. 59** – **Deixar de informar** ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.(grifo da autora).

Os princípios deontológicos da não-maleficência e da justiça, caracterizados pela tomada de decisão pelo profissional de saúde, rapidamente, cederam lugar para uma maior aplicação da beneficência e autonomia, em que as soluções dos conflitos morais são transferidas para o paciente, que no exercício de sua vontade, pratica a tomada de decisão que entender mais adequada.

Nesse sentido, Siqueira (2012, p. 72) explica esse deslocamento na tomada de decisão do profissional de saúde para o paciente, dizendo:

Esse novo modelo teve sua atenção voltada para soluções de problemas individuais, o que indiscutivelmente significou um grande avanço, pois permitiu a substituição de um modelo cativo de normas impessoais por outro que reconhecia o paciente como pessoa capaz de tomar decisões morais autonomamente. Foi, igualmente, bem acolhido pelos profissionais de saúde por permitir identificar e tratar as questões morais em sua origem, ou seja, levando em conta a expressão da vontade dos próprios pacientes.

Em entrevista concedida à Revista Veja, o médico Raul Cutait (LOPES, 2012, p. 17) afirma que as decisões na medicina devem obedecer a um novo componente ético: a vontade do paciente. Ao ser questionado sobre até que ponto a vontade do doente deve prevalecer no processo em que o médico avalia o procedimento a ser seguido, ele responde:

A vontade do paciente deve ser levada em conta em toda e qualquer circunstância. Essa é uma tendência que começou a se estabelecer nos Estados Unidos há mais de trinta anos. O objetivo inicial era resguardar o médico de processos judiciais posteriores. Mas essa abordagem evoluiu e tornou-se um bem para o paciente e para a própria medicina. Ser honesto sempre foi obrigação de todo profissional sério. Mas respeitar a vontade do paciente é algo relativamente novo na história das ciências médicas. Na minha opinião, a vontade do doente tem de prevalecer, seja qual for a situação. Quem decide é ele.

Dessa forma, observamos que não é possível revolver todos os conflitos morais que podem acontecer nas situações de saúde, dada a amplitude e subjetividade que envolvem cada caso clínico. Por isso, os princípios bioéticos são importantes, mas não exaurem todas as situações. Tal condição é ressaltada por Siqueira (2012, p. 73):

Os referenciais apresentados pela ética principialista, embora importantes, eram insuficientes para responder a todos os conflitos morais presentes no cotidiano da prática profissional.

A partir dessa conclusão, podemos dizer que os chamados princípios bioéticos, na verdade, são referenciais, são parâmetros nas tomadas de decisões.

Siqueira (2012) afirma que justiça, não-maleficência, beneficência e autonomia, após os postulados propostos por Beauchamp e Childress (1979), devem ser considerados como referenciais para as decisões que envolvem conflitos morais na área da saúde e que a partir da década de 1980, essa distorção foi sanada.

Sobre a bioética, tratando especificamente do Brasil, Siqueira (2008, p. 91), relata:

A bioética foi introduzida no Brasil nos anos 1980, com enorme influência da ética dos princípios, mas ao final dos anos 90 a comunidade acadêmica passou a reconhecer que, embora sendo instrumento útil para orientar algumas tomadas de decisões corriqueiras, o modelo mostrava-se insuficiente para dirimir dúvidas

em situações clínicas mais complexas. Não mais bastava o singelo exercício de aplicação dos quatro princípios para conduzir a contento dilemas morais [...]

Assim, tanto no exercício das profissões ligadas aos cuidados da saúde, quanto no exercício da liberdade e autodeterminação do paciente, há valores e condutas que precisam ser observados. Os princípios bioéticos são muito importantes em todas essas situações, ainda assim são insuficientes para resolver todas as situações. Por isso, hoje podemos dizer que são referenciais. Tais elementos serão fundamentais para a análise do discurso do *testamento vital* e para a compreensão de como os sentidos se constroem no e pelo processo discursivo.

1.3.2 Características do *Consentimento Informado*

Conforme já apresentamos, por meio do *testamento vital* (*diretivas antecipadas*), a pessoa estabelece os limites do tratamento que quer receber quando chegar em um momento crítico relacionado à sua saúde (acidente ou doença que levem a uma situação incurável e ou irreversível). Os desejos podem ser formalizados em um documento público ou particular, de preferência, com testemunhas. Além disso, é exigido que o médico responsável pelo tratamento tenha ciência do documento, devendo, também, anexá-lo ao prontuário do paciente. A ideia central funda-se no respeito à vontade do paciente, à sua autonomia.

Pode-se dizer, então, que o *testamento vital* é uma espécie de *consentimento informado*, que é o “[...] processo que legitima a conduta do profissional de saúde quando do tratamento em seu paciente, após esclarecimento e consenso.” (ROBERTO, 2012, p. 90)

Assim, o *consentimento informado* tem aplicação mais ampla (por isso é gênero), servindo para tratamentos de saúde de uma forma geral; enquanto que o *testamento vital* tem aplicação restrita aos casos de terminalidade, como já explicamos (por isso é espécie).

O paciente, no exercício do seu direito de autodeterminação, poderá, simplesmente, recusar qualquer tipo de tratamento. Como exemplo, podemos citar a situação em que há um diagnóstico de câncer em fase avançada e o paciente prefere não ser tratado, se for necessário ser submetido a cirurgias, quimioterapia e

radioterapia, procedimentos que lhe causarão efeitos colaterais (ROBERTO, 2012) e além disso, dificilmente, reverterão seu quadro geral de sobrevida e terminalidade.

Nesse caso, deve o profissional de saúde informar os riscos e consequências da decisão, mas não pode realizar o tratamento contra a vontade do paciente, sob pena de estar ferindo seu direito à liberdade, autodeterminação, disposição do próprio corpo, dignidade (ROBERTO, 2012).

O termo *autodeterminação*, aqui, significa a liberdade que tem a pessoa em manifestar sua vontade e fazer com que seja respeitada. Consequentemente, que a sua vontade seja realizada, executada. Claro que a realização da vontade somente poderá ocorrer se os termos nela expressos não forem ilícitos e contrários ao que determina a lei.

Prata (1982, p. 13) refere-se à “liberdade de acção humana”, como sendo toda a liberdade jurídica privada, ou seja, tudo aquilo que as pessoas têm o direito de fazer ou não fazer no decorrer de sua vida (casar, votar dos 16 aos 18 anos e depois dos 70, ir e vir, contratar, dirigir etc.). Juridicamente, algumas outras expressões demonstram exercício de liberdade também, tais como: *autonomia da vontade* (ou liberdade de contratar) e *autonomia privada* (ou liberdade contratual).

Como nessa tese não estamos tratando de questões contratuais, pois o *testamento vital* não é contrato, não aprofundaremos essa abordagem. Mas, necessário esclarecer que no momento em que uma pessoa faz o seu *testamento vital*, está exercendo o seu direito de liberdade com relação à sua própria vida. Não o direito de dispor da sua vida, pois esse não é permitido pelo Direito, mas sim o direito de viver e morrer com dignidade.

E, nesse sentido, Prata (1982, p. 15) dispõe:

Os mecanismos jurídicos de expressão da liberdade dos sujeitos privados na tutela dos seus interesses – isto é, os instrumentos jurídicos atribuídos aos sujeitos privados para operarem essa tutela – são o direito subjectivo [...] e a liberdade negocial.

Podemos dizer, então, que o Direito proporciona legitimidade, dentro de alguns limites, para o exercício da liberdade. O *testamento vital* é um instrumento para a exteriorização da vontade de uma pessoa com relação ao fim da sua vida. Ela só o faz porque tem liberdade para isso e porque o Direito admite e tutela. A isso denominamos de autodeterminação.

Mas, para que o *testamento vital*, por meio do *consentimento informado*, tenha validade e produza os efeitos desejados, ele deve estar revestido de algumas prerrogativas. São elas a capacidade do paciente em livremente manifestar vontade, a informação devida e adequada por parte do profissional de saúde, além da manifestação de vontade propriamente dita.

Quanto à capacidade, trata-se da capacidade geral para o exercício dos atos da vida civil, como ser maior de 18 anos e estar mentalmente são. Como afirma Kfoury Neto (2002, p. 297): “Em princípio, é o doente quem deve consentir. Circunstâncias haverá, contudo, em que a família, os pais – e, ainda no caso de menores, até mesmo o juiz – poderão substituir a pessoa do paciente, para consentir”.

Em regra, o consentimento é ato pessoal do paciente e as informações sobre o tratamento de saúde deverão somente a ele ser dadas. Ocorre que, em alguns casos, a família pode exercer importante papel em um tratamento de saúde, tendo em vista que pode caber à família a responsabilidade de cuidar do doente (ROBERTO, 2012).

Por família, são considerados o cônjuge, o companheiro, os filhos, os pais, parentes próximos ou mais distantes, sempre tendo em vista a relação de intimidade que possui com o paciente (ROBERTO, 2012).

Se o adulto estiver em situação de incapacidade e não tiver representante legal, será chamado o cônjuge ou a família. Na falta de qualquer dos referidos, deve haver uma autorização judicial para a nomeação do representante, devendo ser buscada a escolha que melhor se enquadre na vontade presumida do paciente, seus critérios e valores, aquilo com que provavelmente consentiria o paciente com relação à sua situação de terminalidade.

No que se refere aos menores, serão seus pais (em comum acordo) ou representantes legais os responsáveis pelo consentimento. Dessa maneira, deverá o menor, dependendo da idade, ser consultado sobre o tratamento. Com relação ao *testamento vital*, a hipótese de formulação envolvendo menor é remota, mas não impossível.

Sobre a informação, cabe ao médico e aos profissionais de saúde envolvidos, informar devidamente para o paciente sobre sua situação. Vislumbra-se aqui a possibilidade de fazer valer o *testamento vital* diante de vontade já expressa em situação de terminalidade.

Para tanto, as reais condições de vida/sobrevida do paciente devem ser amplamente esclarecidas, levando-se em conta não somente aspectos técnico-científicos, mas dentro de uma visão holística da pessoa, isto é, considerar dor, sofrimento, alternativas de tratamento, possibilidade ou não de reversão e/ou cura e enfim, a terminalidade da vida.

O dever de informação é fundamental para que o paciente possa declarar a sua vontade de forma consciente e isenta de vícios, fazendo valer a vontade expressa em seu *testamento vital*.

O profissional de saúde deve efetuar trocas de informações pertinentes ao tratamento, que incluem: a revelação da natureza e do propósito do exame ou tratamento proposto; a descrição dos riscos e benefícios prováveis do exame ou tratamento; a explanação de exames ou tratamentos alternativos, bem como os prováveis riscos e benefícios relacionados a estas opções; a explicação dos prováveis riscos e benefícios de deixar de passar pelos exames ou tratamentos propostos ou pelos alternativos; a oportunidade de fazer perguntas e receber respostas compreensíveis; além da oportunidade de tomar uma decisão, livre de coação e influências indevidas (ROBERTO, 2012).

A obrigação de informar é do profissional de saúde, da explanação ser colocada ao nível de compreensão dos pacientes e serem evitados os termos e expressões técnicas que são intangíveis para a maioria das pessoas. A informação é que alicerçará a autodeterminação e a livre disposição do corpo e mente do paciente.

Pereira (2004, p. 371) elenca alguns tópicos que devem ser objeto de informação por parte do profissional médico e que neste estudo podem ser aplicados para os profissionais de saúde em geral:

[...] o diagnóstico; os meios e os fins do tratamento; os efeitos secundários; o prognóstico; as alternativas terapêuticas com os seus efeitos secundários, riscos e benefícios respectivos; os riscos e benefícios do tratamento; a urgência da intervenção e o risco da demora no tratamento; os riscos e conseqüências da recusa do tratamento; a duração aproximada do tratamento e as condições materiais que lhe estão associadas; a possibilidade de levar a cabo o tratamento num centro de saúde mais adequado; a competência ou falta de competência do médico e o custo do tratamento; o dever do comunicar novos riscos identificados posteriormente à execução de exames de diagnóstico, tratamentos ou acções de prevenção e o eventual dever de comunicar os erros médicos praticados.

No caso do *testamento vital*, é de fundamental importância a informação que trata das alternativas de tratamento, bem como de suas consequências e custos, inclusive no caso dos tratamentos paliativos conhecidos por *hospices*.

Basicamente, a filosofia de trabalho de um *hospice* é baseada nos cuidados paliativos para os pacientes em situação de terminalidade. Giostri (2002) reflete que o *hospice* encara o morrer como um processo normal e, bem mais importante do que curar uma enfermidade, é controlar a dor e os sintomas gerais, com o objetivo primordial de melhorar a qualidade de vida ou o que resta dela. Além disso, o paciente (e sua família) exerce sua autonomia participando de seu próprio tratamento, que pode alternativamente ser feito em domicílio.

Sendo assim, podemos observar que as questões relacionadas à informação abrangem vários aspectos: o profissional de saúde deve informar corretamente a situação do paciente e o paciente deve informar sobre situações que podem ser desconhecidas do médico, bem como da existência de seu *testamento vital*. Com a convergência das informações, o caminho a ser seguido no tratamento do paciente estará respeitando sua liberdade e autodeterminação, bem como não implicará em responsabilidades para o médico.

Especificamente, sobre o consentimento livre, o profissional de saúde o obtém de seu paciente, anteriormente a qualquer procedimento. As explicações e esclarecimentos que serão dados ao paciente deverão ser de forma clara e no seu nível de compreensão, o profissional de saúde evitará o uso de expressões técnicas. O paciente será informado dos riscos e alternativas, além disso, não poderá ser coagido ou ameaçado para consentir e deve ser respeitado o seu *testamento vital*. A documentação será completa e minuciosa (ROBERTO, 2012).

O *consentimento informado* (gênero), na modalidade *testamento vital* (espécie), consiste de reflexos do chamado *dissentimento* ou recusa do tratamento.

Sob o aspecto técnico e científico há possibilidade do prolongamento da vida do paciente, mas não é isso o que ele quer. Ele deseja morrer com dignidade, aceitando a terminalidade da vida com consciência e determinação. Essa decisão cabe somente ao titular do sofrimento, que é o próprio paciente. Então, ele opta pela alternativa de não receber um tratamento que seja considerado inútil diante da real situação.

Entretanto, se houver a opção do paciente pela escolha informada de recusar o tratamento, o profissional de saúde deve respeitar tal determinação. Mesmo

considerando a situação difícil de ser aceita, não pode – apesar de bem intencionado – substituir seus valores e crenças pelos de seus pacientes (ROBERTO, 2012).

O dissentimento, *testamento vital*, deve ser expresso, preferencialmente, por escrito. Assim, o profissional de saúde não age imprudentemente se não realiza o tratamento; apenas respeita o direito à autodeterminação de seu paciente. Como é o caso, por exemplo, do paciente com câncer em avançado estágio, que se permite o direito de morrer em paz (GIOSTRI, 2002).

Conforme já mencionado, deverá o profissional de saúde apresentar tratamentos alternativos, se for o caso. Mas, se a opção do paciente for realmente a recusa, o profissional tem obrigação de respeitar tal decisão, por mais absurda que lhe pareça.

É de notar que o revestimento da forma escrita do *testamento vital* é vantagem tanto para o profissional de saúde quanto para o paciente, desde que realizado em obediência aos requisitos ou pressupostos de admissibilidade aqui tratados: capacidade, informação e consentimento livre (ROBERTO, 2012).

Dadalto (2013, p. 151) explica:

[...] entende-se ser importante, no Brasil, que a declaração prévia de vontade para o fim da vida seja lavrada por escritura pública perante um notário, a fim de garantir a segurança jurídica. A criação de um banco nacional de declarações de vontade dos pacientes em fim da vida também é recomendada, para que possibilite uma maior efetividade no cumprimento da vontade do paciente, de modo a não correr risco de que a declaração se torne inócua.

Contudo, considerando o real objetivo do *testamento vital*, independentemente da formalidade pública, é recomendável que a declaração seja anexada ao prontuário do paciente, objetivando tornar claro que o paciente possui o *testamento vital*.

A partir do momento da anexação do *testamento vital* ao prontuário médico do paciente, sua vontade já está apta para produzir os efeitos constantes do documento. Sobre esse procedimento, Nunes e Melo (2011, p. 160) esclarecem:

[...] o testamento de paciente é um documento escrito, redigido por um indivíduo capaz à data da sua assinatura [...] o testador declara que, no caso de se encontrar inconsciente ou com anomalia psíquica

que o torne incapaz de governar a sua pessoa, deseja receber ou não receber determinado (s) cuidado (s) médico (s). O testador pode, portanto, expressar declarações de vontade de sentido diferente: o indivíduo declara que, se perder temporária ou definitivamente a capacidade de expressar a sua autonomia, consente ou não consente na realização de determinada intervenção ou tratamento.

O *consentimento informado* do paciente é, também, imbuído de relevante valor probatório, enquanto dever de documentação por parte do profissional de saúde (ROBERTO, 2012).

Nos dias atuais, em razão de inúmeras questões históricas, muitas transformações são sentidas na relação dos profissionais de saúde e seus pacientes. Por isso, ao seguir o *testamento vital* de um paciente, o médico obedece sua vontade. Considerando que a vontade do paciente possa ser, justamente, a recusa de um tratamento e existindo o documento escrito e anexado ao seu prontuário no momento da morte, não existe o risco do médico ser acusado de não ter tratado o paciente, pois estava, apenas, respeitando sua liberdade e autodeterminação, expressas no conteúdo do *testamento vital*.

Rodrigues (2001, p. 247), ao tratar da importância da informação escrita, declara:

Na verdade, as informações visam inteirar e conscientizar o paciente do seu estado e do seu futuro, permitindo que este tome posições relativamente a estes. Servem ainda para fornecer ao paciente elementos que lhe permitem cumprir o seu dever de informar o médico de modo a viabilizar-lhe uma decisão. Mas habilitar a decidir não deve reduzir-se a um mero requisito para a intervenção, no sentido de ser mais um papel para entregar, mais um passo na rotina da burocracia que antecede o contacto com o médico ou a sua concreta intervenção.

Giostrì (2004, p. 82-83), sobre a relevância do documento *testamento vital*, complementa:

Hoje, mais do que nunca, os profissionais médicos têm sentido a necessidade de se munirem deste tipo de documentação, devido ao aumento das reclamações por parte dos pacientes e, também, como garantia, em face da sempre crescente 'indústria da indenização por erro médico. [...] E, ainda: não só é importante que o paciente seja clara e ostensivamente informado [...] como é também necessário que o médico se documente de ter fornecido aquelas informações ao seu cliente.

Nesse processo informativo, o profissional de saúde, em especial o médico, deixa de exercer o papel decisório com relação aos cuidados dos pacientes, que passam a participar mais, e ativamente, das decisões sobre o tratamento de saúde, como será realizado e algumas vezes quando e como deixará de ser feito ou continuado, o que o paciente deseja ou não receber como tratamento da sua saúde.

Pereira e Castro (2014, p. 106) discorrem:

Este documento, já que passa a fazer parte de seu prontuário, é pessoal e intransferível, oriundo da comunicação do paciente em um período anterior a doença ao seu médico de confiança, para que em casos de doenças terminais seja respeitada sua vontade sobre como ser tratado, e prevalecerá sob qualquer outro parecer não médico.

Mesmo considerando a recomendação - pois, por enquanto não há dispositivo legislativo regulando a formalidade do *testamento vital* - de que o *testamento vital* seja feito de forma escrita, preferencialmente, por Escritura Pública, anexado, desde logo, ao prontuário do paciente e assim ficando apto para produzir efeitos, não se pode deixar de tomar o cuidado de transformar a realização do *testamento vital* em um simples formulário/documento.

O paciente pode expressar também sua vontade por meio de um procurador, uma pessoa a quem outorgue poderes para decidir sobre sua vida/morte em situações de terminalidade. Assim, defendem Nunes e Melo (2011, p. 177):

Não nos parece contrariar o princípio da unidade do ordenamento jurídico que alguém [...] atribua a outrem [...], voluntariamente, poderes de representação [...]. Afigura-se-nos no entanto essencial que o conteúdo da procuração seja preciso, claro e inequívoco, delimitando com exactidão os poderes que competem ao procurador e a cujo exercício corresponderá a produção de efeitos jurídicos na esfera do paciente.

Ressaltam (NUNES e MELO, 2011) apenas um problema: a observância da atualidade do consentimento prestado pelo paciente, pois a delegação de poderes num determinado momento da vida de uma pessoa pode vir a ser alterada por inúmeros fatores. Nesse caso, devem ser ponderados direitos, interesses e valores que podem estar conflitantes em uma situação em que tenha sido feito o *testamento vital*, seja pelo próprio paciente, seja por meio de um procurador para cuidados de saúde.

Além disso, ao menos por enquanto, nada impede que o *testamento vital*, na hipótese em que o paciente não possa expressar-se por escrito, seja feito de forma oral.

Dadalto (2013) defende, ainda, a criação de um *banco nacional de declarações de vontade dos pacientes em fim de vida*, para possibilitar uma maior efetividade no cumprimento da vontade do paciente, para que esta não seja inócua. Em havendo um *registro nacional*, qualquer que seja o lugar em que estiver o paciente, o médico poderá saber se há *testamento vital* do paciente, além de ter acesso ao seu conteúdo, para saber como proceder.

O *consentimento informado* tem basicamente dois efeitos fundamentais: torna lícita a atuação do profissional de saúde quando do tratamento do paciente e exonera-o de certas responsabilidades no âmbito jurídico.

Assim, o *testamento vital*, sendo escrito e público (de conhecimento não somente do paciente e do médico, mas da família, amigos e acessível para quem precisar), faz com que esses efeitos acima mencionados sejam produzidos de fato. Então, se deixou de fazer uma intubação, por exemplo, isso não vai significar uma omissão ou negligência, mas sim a conduta realizada de acordo com a vontade do paciente.

Importa lembrar ainda que, em havendo *testamento vital*, se o médico não o respeita, estará atuando contrariamente à vontade do paciente, ferindo sua liberdade e autodeterminação. Essa conduta contrária ao que determinou o paciente, será passível de responsabilização no campo jurídico.

1.4 A LINGUAGEM NO TESTAMENTO VITAL

A partir de agora, a questão a ser desenvolvida é: *Como o testamento vital, nosso objeto de análise, se estabelece discursivamente?* Considerando todo o acima exposto, ou seja, não uma visão técnica e científica da doença, mas uma visão holística da pessoa do doente, os cuidados na área da saúde também se manifestam pela e na linguagem.

O *testamento vital* será analisado enquanto um fato de linguagem. Um acontecimento enunciativo, em que serão buscados os efeitos de sentido, o espaço de enunciação e o funcionamento enunciativo, no dado momento histórico, que conduzam a pensar enunciativamente o instrumento. Para tanto, os conceitos da

análise de discurso de linha francesa serão apresentados para fundamentar a compreensão de todo o processo discursivo do *corpus* da presente tese, objetivando que o texto seja compreendido como um todo articulado e com sentido, ou seja, como fato de linguagem.

Pereira e Castro (2014) explanam que, por meio da linguagem, as pessoas em tratamento de saúde demonstram o desejo de que sua situação seja compreendida, compartilhando, desse modo, suas ideias e pensamentos com as outras pessoas. A linguagem possibilita a interação com o outro.

O *testamento vital* já expressa essa linguagem, a vontade do paciente, que objetiva ser *ouvido* e acolhido, o que possibilita compartilhar seus anseios e sentimentos. Pereira e Castro (2014, p. 107), assim se colocam a respeito:

Consideramos que também na exposição das diretrizes antecipadas de vontade a sensibilidade da escuta de quem a recebe tem grande importância, não somente enquanto registro da narrativa, mas precisamente no valor terapêutico de estar sendo realmente ouvido, ter sua vontade acolhida, e principalmente de poder falar sobre a morte, [...]

Para a análise de como nosso objeto de estudo se estabelece discursivamente, buscaremos mostrar como se produz a significação na língua a partir da compreensão de como os sentidos se constroem no e pelo processo discursivo nesse *corpus*, considerando as condições de produção do discurso e as formações discursiva e ideológica, na tentativa de fazer avançar o processo de significação na linguagem.

Quando uma pessoa expressa vontade relacionada à sua morte, inúmeros fatores devem ser observados. São pensamentos, convicções, sentimentos, vontades, perspectivas e desejos, que nem sempre serão os mesmos da pessoa que recebe essa vontade.

Nessa perspectiva, Volgo (1998) refere-se ao *novo discursar*, pois tudo deve ser falado (expresso), porém recebido sem julgamento, com acolhimento incondicional. Somente assim é possível conferir liberdade ao paciente nos seus dizeres, no processo de reconhecimento de si mesmo. Perguntar a um paciente: *O que o traz aqui?*, possibilita a ele a escolha de seus dizeres.

Pereira e Castro (2014, p. 108) afirmam:

Sendo assim, há necessidade de refletirmos também sobre o que seria escutar o discurso do paciente sobre o viver-com-o-outro – algo ainda novo para ele – ao elaborar o Testamento Vital. Pois quando uma doença se apresenta principalmente a doença terminal, inicia-se um processo de mudança do viver-consumir para o viver-com-o-outro, adentrando algo até então não pensado, um desconhecido não quisto que incomoda.

Será feito, então, um recorte teórico-analítico por meio do qual a materialidade do *testamento vital*, elaborado pela médica Ana Claudia de Lima Quintana Arantes, se explicita e, por meio desse movimento, explicita os modos de constituição da subjetivação nessa materialidade.

1.4.1 Constituição do *Corpus*

A constituição do *corpus* é um dos primeiros pontos a serem considerados, ao se pensar em análise de discurso. De acordo com Orlandi (2003, p. 62): “A delimitação do corpus não segue critérios empíricos (positivistas) mas teóricos. Em geral, distinguimos o corpus experimental e o de arquivo.”

Marquezan (2009, p. 101) explana a distinção entre *corpus* experimental e o de arquivo, conforme podemos observar a seguir:

A análise discursiva distingue dois tipos de corpus: experimental e de arquivo. O primeiro é obtido por materiais de resposta à entrevista, a questionário e outras formas de recolher dados/fatos. O segundo é delimitado a partir de documentos referentes a um determinado assunto.

Aqui aplicamos um *corpus* de arquivo, lembrando que a análise de discurso, quanto à natureza da linguagem, estuda as práticas discursivas de diferentes naturezas, sem o objetivo de exaurir o objeto empírico, pois ele é inesgotável e não é fechado em si mesmo (sempre aponta para outro). Assim, a análise segue critérios teóricos por cuidar do processo discursivo, do qual se podem recortar e analisar estados diferentes.

Orlandi (2003, p. 63), ainda, complementa:

A exaustividade almejada – que chamamos vertical – deve ser considerada em relação aos objetivos da análise e à sua temática. Essa exaustividade vertical, em profundidade, leva a conseqüências teóricas relevantes e não trata os “dados” como

meras ilustrações. Trata de “fatos” da linguagem com sua memória, sua espessura semântica, sua materialidade lingüístico-discursiva.

A fundamentação teórica desta pesquisa encontra-se ancorada nos estudos desenvolvidos pela Análise de Discurso de linha francesa, à qual nos filiamos. Com base em seus pressupostos, desenvolveremos a análise do *corpus*, *testamento vital* de Ana Claudia de Lima Quintana Arantes, cuja transcrição segue abaixo:

"Eu, Ana Cláudia Arantes, diante de uma situação de doença grave em progressão e fora de possibilidade de reversão, apresento minhas diretrizes antecipadas de cuidados à vida. Se chegar a padecer de alguma enfermidade manifestamente incurável, que me cause sofrimento ou me torne incapaz para uma vida racional e autônoma, faço constar, com base no princípio da dignidade da pessoa humana e da autonomia da vontade, que aceito a terminalidade da vida e repudio qualquer intervenção extraordinária, inútil ou fútil. Ou seja, qualquer ação médica pela qual os benefícios sejam nulos ou demasiadamente pequenos e não superem os seus potenciais malefícios. As diretrizes incluem os seguintes cuidados: admito ir para a UTI somente se tiver alguma chance de sair em menos de uma semana; não aceito que me alimentem à força. Se não puder demonstrar vontade de comer, recuso qualquer procedimento de suporte à alimentação; não quero ser reanimada no caso de parada respiratória ou cardíaca. Quero um beijo de boa-noite e de bom-dia. Sei que meu corpo pode estar frágil e muito diferente de mim. Mas, acreditem, estarei nele; quero tomar banho todos os dias, com água quente. Quero privacidade. Que as portas do quarto e as janelas estejam fechadas; ninguém deverá sentir pena de mim. Ao contrário, ao me verem, as pessoas hão de dizer: 'Que sorte morrer assim'."

O jornal *Folha de S. Paulo*, desde o ano de 2014, possui um espaço (*blog*) denominado *Morte sem Tabu*, que publica artigos de Camila Appel. Com temática semelhante, há, também, os sites: *Vamos falar de Luto*, *Jornal da USP online*,

Hospital Israelita Albert Einstein, que publicam eletronicamente artigos e entrevistas tratando sobre a morte. Os trechos de vários desses artigos/entrevistas serão utilizados na análise específica do *corpus* acima, pois os artigos enfocam inúmeros aspectos sobre a morte, muitos deles relacionados ao *testamento vital*.

Assim, podemos dizer que o *corpus* desta tese é formado pelo documento *testamento vital* feito pela médica Ana Claudia Quintana Arantes e outros elementos externos ao documento, que ajudam a compor o quadro discursivo. Ou seja, o documento não está isolado da produção de sentidos.

Na publicação de 26/02/2016, a autora (APPEL, 2016) levanta uma discussão de origem contratual norte-americana, cujas partes envolvidas são um paciente terminal e uma empresa seguradora de saúde. Diante da situação da terminalidade, a empresa informa para o paciente um valor aproximado do custo da manutenção do tratamento até o prognóstico provável da morte. E faz a proposta da paralisação do tratamento em troca de uma viagem, mais a manutenção dos cuidados paliativos.

A partir daí, várias são as discussões e críticas que surgem. Como podemos observar no excerto abaixo:

É uma forma interessante de analisarmos: estamos priorizando qualidade de vida ou quantidade de vida? Se for para priorizar qualidade de vida, a ideia pode ser boa; Esse tipo de proposta gera uma reação negativa imediata por tocar em vários tabus: morte, dinheiro e planos de saúde; É uma forma de transferir a responsabilidade para o paciente em definir quando a vida dele terminará (e tirar das mãos dos médicos e do governo) – oferecendo a opção de ele abrir mão de um cuidado médico caro e transferir esse dinheiro para seus netos ou uma instituição de caridade, por exemplo; [...] Não é só porque a vida possa ser estendida por meio de cuidados médicos que ela deva ser estendida a qualquer custo (em detrimento de qualidade). Coloca a questão de que os médicos deveriam ser pagos para falar sobre a morte iminente com seus pacientes. Pois essa conversa exige habilidades específicas e tempo, além de ser desgastante emocionalmente para o médico. Hoje, os médicos recebem mais por prescrever quimioterapia a seus pacientes do que por conversar com eles sobre seus desejos. [...] Em primeiro lugar, deveria haver uma conversa médico-paciente, honesta, sobre o que é realmente importante para ele. A primeira pergunta seria: como você gostaria de receber suas informações médicas. A segunda: qual é sua compreensão sobre sua situação. A terceira: o que é importante para você. A quarta seria: o que você espera do futuro, e a quinta: você já pensou em algum momento em que poderia estar muito doente, já pensou em testamento vital? Essa conversa mudaria completamente como as pessoas

buscariam tratamento médico no final da vida. E faz com que se comportem como médicos, por pensarem no benefício que algo trará e o quanto esse benefício vale a pena ou não. (APPEL, 2016)

Dessa forma, podemos constatar que a discussão em torno do tema do *testamento vital* cresce no Brasil e no mundo todo, pois envolve questões ligadas à vida e à morte, à liberdade, ao exercício da autonomia pela manifestação de vontade, além de questões econômicas e contratos de seguro e planos de saúde.

Outros artigos do *blog* Morte sem Tabu já trataram especificamente do tema do *testamento vital*. Entre eles: *Brasileiros aderem a documento que guia tratamentos no final da vida* (22/12/2015); *França aprova a sedação terminal e o cumprimento obrigatório do Testamento Vital* (19/03/2015); *Não é uma questão de morrer cedo ou tarde, mas de morrer bem ou mal* (04/11/2014); *É melhor morrer em casa ou no hospital?* (08/10/2015), entre outros.

Diante dessa temática – atual e polêmica – analisaremos como é construído discursivamente o *testamento vital* que compõe o *corpus* de pesquisa, buscando identificar seus possíveis efeitos de sentido.

2 ANÁLISE DE DISCURSO: EMBASAMENTO TEÓRICO

Iniciaremos, agora, um estudo teórico dos fundamentos da escola francesa da Análise de Discurso. Primeiramente, partiremos de uma visão mais ampla, realizando a introdução da disciplina, para, na sequência, tratarmos de seus conceitos basilares, essenciais à compreensão geral do funcionamento da Análise de Discurso e da construção da análise do *corpus* de pesquisa.

Esclarecimento necessário é lembrar que o presente estudo, mesmo sendo focado nos Estudos da Linguagem, especificamente na Análise de Discurso, possui uma interdisciplinaridade com a área do Direito, conforme exposto no primeiro capítulo. Assim, a parte teórica da Análise de Discurso será feita de forma bem pormenorizada e compreensível, também, para o leitor jurista, que poderá ficar mais sensível às inúmeras contribuições advindas da Análise de Discurso.

A Análise de Discurso tem seu embasamento na questão interpretativa, significando muito mais do que uma interpretação de texto. Como podemos verificar na citação a seguir:

A Análise do Discurso visa fazer compreender como os objetos simbólicos produzem sentidos, analisando assim os próprios gestos de interpretação que ela considera como atos no domínio simbólico, pois eles intervêm no real do sentido. A Análise do Discurso não estaciona na interpretação, trabalha seus limites, seus mecanismos, como parte dos processos de significação. Também não procura um sentido verdadeiro através de uma “chave” de interpretação. Não há uma verdade oculta atrás do texto. Há gestos de interpretação que o constituem e que o analista, com seu dispositivo deve ser capaz de compreender. (ORLANDI, 2003, p.26)

Para a Análise de Discurso, a linguagem é considerada como prática social, operando a relação entre o linguístico e o extralinguístico. Assim, a língua é condição necessária para que o discurso se materialize.

Interpretar é uma contribuição da Análise de Discurso, que leva a refletir e capacitar as pessoas a uma relação madura com a linguagem, visto que não se dedica ao óbvio, mas à compreensão dos sentidos possíveis. Orlandi (2003, p. 09), iniciando os estudos sobre o tema, destaca que é importante:

Problematizar as maneiras de ler, levar o sujeito falante ou o leitor a se colocarem questões sobre o que produzem e o que ouvem nas diferentes manifestações da linguagem. Perceber que não podemos não estar sujeitos à linguagem, a seus equívocos, sua opacidade. Saber que não há neutralidade nem mesmo no uso mais aparentemente cotidiano dos signos. A entrada no simbólico é irremediável e permanente: estamos comprometidos com os sentidos e o político.

Daí a importância de se saber como os discursos funcionam, nesse intercâmbio dos sentidos e do político. Ou seja, há uma memória pré-constituída, existente e institucionalizada, mas há, também, o provisório, o movente, o divergente, a memória que se constitui a cada discurso. Por isso, o discurso nunca é um só, mas vários, sua natureza é, portanto, heterogênea, polifônica, dialógica.

Todo o aporte teórico da Análise de Discurso, o qual será desenvolvido nesse capítulo, parte do princípio de que o entendimento da significação social é essencial para a interpretação de um texto. Assim sendo, possui um caráter pluridisciplinar. Com base nisso, Charaudeau e Maingueneau (2004, p. 17) afirmam:

É muito mais difícil justificar a existência de pesquisas sobre o discurso do que sobre a linguagem, a literatura, a psique, a sociedade, a história... Mas as pesquisas em análise do discurso não são fruto de alguns espíritos originais, elas derivam de uma

transformação profunda da relação que nossa sociedade estabelece com seus enunciados, presentes ou passados.

A respeito da interpretação, Orlandi (2003, p. 10) elenca os especialistas em interpretar, os quais são reconhecidos pela nossa sociedade, são eles: o juiz, o professor, o advogado, o padre, entre outros. Para o caso desta tese, podemos acrescentar o médico e toda a equipe médica, os quais deverão fazer valer o contido no *testamento vital* feito pelo paciente.

Há diversos modos de se interpretar, que dependem dos sentidos que são atribuídos aos intérpretes. Esses sentidos precisam ser regrados diante de princípios e procedimentos, que irão embasar o estudo do discurso, tais como: a própria linguagem, a história, a ideologia, o sujeito, a memória, as condições de produção do discurso, as formações discursivas e ideológicas, o enunciado e a enunciação (ORLANDI, 2003, p. 10).

Fiorin (2005) denomina esses procedimentos de gramática do discurso. Além de leitura e releituras do texto, há necessidade de sensibilidade e técnicas, para poder compreender o discurso como objeto cultural. Por essa razão, a gramática do discurso objetiva explicitar mecanismos de estruturação e interpretação de textos. Na visão do estudioso:

Quem escreve ou lê com eficiência conhece esses procedimentos de maneira mais ou menos 'intuitiva'. Explicitá-los contribui para que um maior número de pessoas possa, de maneira rápida e eficaz, transformar-se em bons leitores. (FIORIN, 2005, p.10)

A Análise de Discurso reconhece a impossibilidade de um acesso direto e único ao sentido, então, considera a interpretação como objeto de reflexão. Orlandi (2005, p. 19), ao tratar da análise de discurso e interpretação, afirma:

Partirei de três pressupostos: a. não há sentido sem interpretação; b. a interpretação está presente em dois níveis: o de quem fala e o de quem analisa, e c. a finalidade do analista do discurso não é interpretar mas compreender como um texto funciona, ou seja, como um texto produz sentidos.

Guimarães (2011, p. 12), cuidando de procedimentos, análise e ensino de textos, destaca:

Espero que o percurso que escolhi [...] seja capaz de não só mostrar um modo de analisar textos, mas também de mostrar o lugar do texto para a prática de reflexão, do desenvolvimento da vida intelectual, para a experiência do prazer de encontrar sentidos ditos por outros, em outros tempos, em outros lugares.

Analisar um texto, sob a ótica da Análise de Discurso, é vê-lo como uma produção de sentidos, em uma perspectiva muito mais ampla. Brandão (2004, p. 11) afirma que o ponto de articulação dos processos ideológicos e dos fenômenos linguísticos, na interpretação, é justamente o discurso: “[...] a linguagem enquanto discurso é interação, e um modo de produção social”.

Assim, interpretar textos em Análise de Discurso não é analisar e descrever como funciona a linguagem, mas, ao observar como funciona a linguagem, analisar os sentidos contidos e produzidos pelo texto. Para isso, Guimarães (2011, p. 13-14), desenvolve um procedimento específico, considerando o funcionamento enunciativo e a semântica da enunciação, procurando caracterizar o que é um texto para a Análise de Discurso e como podemos compreender os seus sentidos.

Sobre relação entre o homem e a linguagem, relação que interessa à Análise de Discurso, Charaudeau e Maingueneau (2004, p. 17) fecham o Prefácio do Dicionário de Análise do Discurso, dizendo:

Que o homem é um ser de linguagem, eis algo que não nos cansamos de repetir há muito tempo; que ele seja um homem de discurso, eis uma inflexão cuja dimensão ainda é impossível mensurar, mas que toca em algo essencial.

Para finalizarmos este tópico, trazemos as palavras de Eni Orlandi, as quais revelam a importância da Análise de Discurso para sua forma de olhar o mundo e como isso afeta sua atuação como pesquisadora da linguagem.

O que sempre me atraiu, me seduziu na Análise de Discurso é que ela ensina a pensar, é que ela nos tira as certezas e o mundo fica mais amplo, menos sabido, mais desafiador [...] para compreender é preciso teorizar. É preciso não só se reconhecer, mas fazer o esforço de conhecer. É aceitar que a linguagem não é propriedade privada. É social, é histórica. Não é transparente. (ORLANDI, 2006, p. 2-3)

A partir de agora, desenvolveremos o embasamento teórico da Análise de Discurso, discorrendo sobre alguns de seus pontos fundamentais.

2.1 A LINGUÍSTICA COMO CIÊNCIA

Para contextualizar e inserir a Análise de Discurso nos Estudos da Linguagem, necessário se faz perpassarmos por um breve percurso histórico da Linguística.

Faraco (2005, p. 27) inicia seu artigo, dissertando sobre Saussure, o fundador da Linguística:

Os manuais de história da Linguística costumam apresentar Ferdinand de Saussure (1857 – 1913) como o pai da Linguística moderna, entendendo por Linguística moderna os estudos sincrônicos praticados intensamente durante o século XX em contraste com os estudos históricos, que predominaram no século anterior.

Antes de Saussure, os estudos em Linguística não eram autônomos, mas fundamentalmente históricos. Com a publicação do *Curso de Linguística Geral*, em 1916, Saussure realizou um corte nos estudos linguísticos, pois mostrou que a língua poderia e deveria ser estudada de forma autônoma, e não necessariamente ligada à ciência histórica.

Três grandes eventos (Haia, 1928; Praga, 1929; Praga, 1930), vários anos depois da publicação da obra de Saussure, marcaram o aparecimento da tese saussuriana. Embora sua obra tenha sido publicada em 1916, foi depois da 2ª Guerra Mundial que os efeitos dessa ideia de ruptura começaram a aparecer na prática.

A partir daí, foi que as universidades começaram a utilizar as concepções saussurianas para construir uma ciência sincrônica da linguagem, fazendo uma separação da perspectiva histórica, elaborando a ideia de que a língua é um sistema de signos independente.

O Brasil reconheceu a Linguística como disciplina independente, por volta dos anos 1960. Uma Linguística estrutural, ocupada com a descrição linguística, que não era auxiliar em outros estudos, mas independente. Já por volta de 1970, podemos dizer que no Brasil já havia um tipo de estudioso denominado ‘linguista’, que se relacionava, mas se diferenciava do gramático e do filólogo.

Os estudos autônomos de Linguística no Brasil iniciaram-se, primeiramente, nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. No Rio de Janeiro, pela atuação de

Joaquim Mattoso Câmara Jr, que, com a publicação da obra *Princípios de Linguística Geral* (1941), teve importância decisiva para a afirmação da Linguística como disciplina autônoma. Em São Paulo, estudiosos como Eni Orlandi, Izidoro Blikstein e Cidmar Teodoro Paes, envidaram esforços nos estudos da Linguística, com base em vários autores europeus.

Podemos, afirmar, desse modo, que Ferdinand de Saussure inaugura uma transição, um corte nos estudos linguísticos, que estrutura a Linguística como uma ciência autônoma, que pode ser denominado saussurianismo.

Publicada em 1916, a obra *Curso de Linguística Geral*, representa o marco dessa transição. Mas não somente. Ilari (2005, p. 55) relata que, na verdade, a referida obra não foi escrita por Saussure, mas por alunos seus, que utilizaram as anotações de aulas. Posteriormente, foram encontrados escritos do próprio Saussure, que, agregados ao *Curso de Linguística Geral*, formaram as bases do estruturalismo. Em seus estudos, Ilari (2005) retoma:

É preciso então lembrar que o estruturalismo linguístico, se teve como referência constante as idéias expostas no *Cours de linguistique générale*, foi também sendo alimentado pela descoberta desses outros Saussures supostamente mais “verdadeiros”, cujas idéias estão em relação dialética com as do primeiro. (ILARI, 2005, p. 56)

Sobre as contribuições de Saussure, Marcuschi (2008, p. 27) ressalta:

Saussure deu origem à chamada *Linguística científica*, que ficou conhecida a partir de seu *Curso de linguística geral* desenvolvido entre 1911-1913 e publicado postumamente em 1916 por seus alunos. Ninguém mais duvida hoje que o projeto saussuriano [...] inaugura um novo modo de fazer Linguística em relação ao comparatismo e ao historicismo que o precederam [...].

A inovação trazida pelo mestre genebrino, que define o saussurianismo, foi, em primeiro lugar, a noção de *valor* que ele elegeu como centro para compreensão do fenômeno linguístico. Para o entendimento do *valor*, Saussure recorre a distinções como língua x fala, significante x significado e signo.

Para explicar a distinção língua x fala (*langue x parole*), Saussure vale-se da ideia do jogo, pois tanto um jogo, como a comunicação, envolvem interação entre as pessoas. Assim, há as *regras do jogo* que são postas, determinadas, mas as pessoas podem decidir as estratégias para suas jogadas. Assim também na

comunicação existem as regras de uma língua, o sistema de funcionamento de uma língua, mas no uso da língua, se estabelece os usos do sistema (atos linguísticos concretos).

Mussalim (2006, p. 105) afirma:

A Lingüística saussuriana, fundada sobre a dicotomia língua/fala – a primeira concebida como abstrata e sistêmica, por isso objetivamente apreendida; a segunda, não objetivamente apreendida por variar de acordo com os diversos falantes, [...] permitiu a constituição da Fonologia, da Morfologia e da Sintaxe.

Foi por meio dessa oposição língua/fala que Saussure qualificou a língua como um fenômeno social e caracterizou a Linguística como ramo da psicologia social. O que marca nitidamente essa oposição é a separação entre as dimensões individual e social do funcionamento da linguagem.

Sobre a dicotomia saussuriana, Pêcheux ([1975] 2014, p.221) observa:

[...] a noção saussuriana de *fala* constituía justamente ‘o mais fraco elo’ do dispositivo científico estabelecido sob a forma do conceito de *língua*: a *fala* não é de modo algum o conceito de um elemento contraditório dialeticamente ligado ao conceito de língua, e todas as acrobacias teóricas nada poderão mudar nesse particular; a *fala* saussuriana é, bem ao contrário, o autêntico tipo de anticonceito, um puro excipiente ideológico que vem ‘completar’, por sua evidência, o conceito de língua, portanto um tapa-buraco, um remendo que oculta a ‘lacuna’ aberta pela definição científica da língua como sistematicidade em funcionamento. (grifos do autor)

Buscando esclarecer, também, esses conceitos saussurianos, Marcuschi (2008, p. 27) relata as posturas teóricas incorporadas pelo linguista suíço:

A língua é uma instituição social e não um organismo natural; a língua é uma totalidade organizada; a língua é um sistema autônomo de significação; a língua pode ser estudada em si e por si mesma; a língua é um sistema de signos arbitrários; a língua é uma realidade com história.

Assim, podemos dizer que na dicotomia língua x fala instaurada para definir o objeto da Linguística, a língua (*langue*) está relacionada ao plano social, convencional e de sistema autônomo, enquanto que a fala (*parole*) é a língua no plano das realizações individuais de caráter não-social, variável e de sistema

disperso, pois considera o sujeito e os elementos sócio-históricos. Temos, então, que a *langue* refere-se à Linguística da frase, enquanto que a *parole* à Linguística do discurso.

Neste ponto, precisamos deixar claro o que são esses dois conceitos: Linguística da frase e Linguística do discurso. Como já foi dito, a Linguística se firma como ciência no início do Século XX, graças aos postulados de Saussure. Podemos dizer que Saussure é o “pai” do Estruturalismo na Linguística, em que o foco de estudos é língua como sistema, cuja unidade máxima de análise é a frase. Por isso, é possível falar em uma Linguística da Língua (ciência) e, mais especificamente, em uma Linguística da Frase, definição esta que remete às contribuições provenientes das pesquisas do Estruturalismo.

Entre as décadas de 1960 e 1970, os estudos da Linguística sofreram uma ruptura e uma expansão nos limites da frase. Diversos linguistas começaram a dedicar seus estudos para além do sistema, ou seja, passa a ter foco a fala, o homem falando, a língua em movimento, a linguagem em funcionamento. Daí o surgimento da Análise de Discurso, disciplina advinda dessa preocupação em se estabelecer uma Linguística do Discurso: “O discurso é assim palavra em movimento, prática de linguagem: com o estudo do discurso observa-se o homem falando.” (ORLANDI, 2015, p.13)

A Linguística do Discurso leva em conta a produção de sentidos no discurso, a exterioridade da língua (as condições de produção, o sujeito, a ideologia, a história, o interdiscurso). Promovendo reflexão sobre os interesses da Linguística ao longo da história, Charaudeau (2014, p. 227) assinala:

O termo Linguística tornou-se ambíguo. A que noção ele nos remete? Em sua estreia, com a chegada do estruturalismo, ele foi reservado para estudos descritivos e não normativos da língua, opondo-se à gramática, dita tradicional. A Linguística era, então, a disciplina que analisava os sistemas fonológico, morfológico, sintático e semântico das línguas. E, em seguida, seu domínio se expandiu para os aspectos sociológicos (sociolinguística), psicológicos (psicolinguística), etnológicos (etnolinguística) da língua, e de suas diversas utilizações: comunicacional, conversacional, etnográfica, engendrando correntes disciplinares tais como a semiótica e a análise do discurso.

Assim, podemos entender que a Linguística da Língua – que se preocupa com o sistema, a estrutura – marca o início dos estudos da Linguística como ciência,

que, por sua vez, estavam associados à Linguística da Frase, em razão das ideias de Saussure (Estruturalismo).

Posteriormente, com a preocupação dos estudiosos com a produção de sentidos e tudo o que daí desencadeia (em especial a Análise de Discurso), surge a Linguística do Discurso.

Por essa razão, podemos dizer que a Linguística da Frase está ligada à *langue* e a Linguística do Discurso à *parole*. Discorrendo sobre a temática, Charaudeau (2014, p. 235) resume:

Para finalizar, percebe-se ao terminar esta demonstração que uma Linguística do discurso pressupõe uma Linguística da língua: a primeira não pode existir sem a segunda. Em contrapartida, é preciso aceitar e considerar que uma Linguística da língua não pode, somente ela, pretender dar conta do sentido dos atos de linguagem produzidos em situação de comunicação real: ela necessita ser complementada por uma Linguística do discurso. Tanto num caso como no outro, trata-se de investigar o sentido. Uma dupla investigação, através de um cálculo probabilístico e inferencial, não necessariamente previsível, sobre um mesmo terreno de virtualidades de sentido, e sempre em um movimento de vai-e-vem entre o geral e o particular.

Ainda, analogamente às *regras do jogo*, Saussure traça outro comparativo: se uma peça do jogo (de xadrez, por exemplo) é extraviada (quebrada, perdida) é possível substituí-la por outra que a represente, para que o jogo continue. Desse modo, explica a ideia de *pertinência*, da funcionalidade, da relevância no sistema linguístico.

Sobre a questão, Ilari (2005, p. 59) explica:

Voltemos, porém, à metáfora do jogo e ao conceito de valor. [...] a matéria de que são feitas as peças conta menos do que a função que lhes é atribuída convencionalmente. Transferida para a língua, essa “descoberta” leva diretamente a outra tese saussuriana: que a descrição de um sistema linguístico não é a descrição física de seus elementos, e sim a descrição de sua funcionalidade e pertinência.

Outra distinção feita por Saussure foi a de *significante x significado*, os dois componentes do signo saussuriano. Para compreendermos cada uma das unidades que compõem uma língua, é preciso relacioná-la com as outras unidades da mesma língua. Com base nisso, explana Ilari (2005, p. 62-63):

É, em suma, o significante, na medida em que se distingue de outros significantes, que dá legitimidade lingüística ao significado; e, é o significado, na medida em que se distingue de outros significados, que dá legitimidade lingüística ao significante; chegamos assim a entender algumas das passagens mais difíceis e ao mesmo tempo mais originais do *Curso de lingüística geral*: aquelas em que o texto procura explicar a indissolubilidade da relação entre significado e significante [...]

Para elucidar a questão do signo linguístico e seus componentes, significado e significante, Saussure vale-se de uma metáfora, em que a língua é comparada à superfície do mar: não é a água, nem o céu, mas a forma que a superfície das águas assume em contato com o céu. Assim, é nesse contato entre água e céu que surge a forma.

Saussure elegeu como noção central para a compreensão do fenômeno linguístico a noção de *valor*, como já dissemos. Falar em *valor linguístico* é acima de tudo ressaltar a natureza opositiva do signo. O que fundamenta a especificidade de cada signo linguístico é a maneira como a língua coloca esse signo em contraste com todos os demais (ILARI, 2005).

A partir do corte linguístico feito por Saussure, trazendo a lume a Linguística como ciência, houve o desenvolvimento de várias outras orientações de Linguísticas estruturais, tais como a da Escola Linguística de Praga, a glossemática, o funcionalismo, o gerativismo.

A compreensão da linguagem como um fenômeno cognitivo socialmente situado, passa por várias outras *escolas*, até podermos falar na teoria do discurso de linha francesa, cujo aporte teórico é fundamento dessa tese.

Na apresentação da obra: *Introdução à Lingüística – fundamentos Epistemológicos*, v. 3, as autoras Fernanda Mussalim e Anna Christina Bentes afirmam:

A teoria do discurso de linha francesa, orientação teórico-metodológica que se caracteriza por reivindicar uma epistemologia da ruptura em relação à Linguística. Essa ruptura encontra-se construída em dois sentidos: inicialmente em relação às bases epistemológicas da Linguística e, posteriormente, em relação a uma certa concepção de ciência pautada na noção de objetividade científica, decorrente do funcionamento de um aparelho formal capaz de dar conta de seu objeto de análise. (MUSSALIM; BENTES, 2005, p 10)

Possenti (2005) reconhece que há duas maneiras de analisar a história do conhecimento: pela acumulação de ideias e informações e/ou pela ruptura. A ruptura não dispensa um entendimento da história do conhecimento. Apenas rejeita ser estritamente necessário encontrar na história um rumo para o novo.

Sob a perspectiva da ruptura, do corte epistemológico, a Análise de Discurso não é um acréscimo na história do conhecimento linguístico. A Análise de Discurso trata de muitos temas da Linguística, rompendo com o que a Linguística caracteriza em cada um deles.

Assim como Saussure promoveu um corte rompendo com os estudos linguísticos unicamente históricos, a Análise de Discurso rompe com a continuidade natural da Linguística, promovendo gestos de ruptura em diversos níveis conceituais. A ruptura pode ocorrer em relação a uma teoria científica ou a uma ideologia. Possenti (2005, p. 357) acrescenta:

[...] concebida desta perspectiva, a AD não é, portanto, o acréscimo de uma pitada histórica, cultural, ideológica, psicológica ou psicanalítica ao que diz a Linguística, em seus diversos compartimentos. Não é simplesmente a fonostilística, a conotação, a sintaxe voltada para o falante, a semântica a que se acrescenta o tempo do contexto, ou o texto como efeito de um processo. A AD pode tratar de cada um desses “temas” – mas os tratará *rompendo* com o que a Linguística faz em cada um deles.

Trataremos das contribuições da Análise de Discurso mais adiante. Antes disso, já que nossa pesquisa propõe-se a trabalhar com o sentido, traçando neste capítulo um percurso histórico de como a Linguística se constituiu entre as Ciências Humanas, é necessário que apresentemos os estudos de Michel Bréal, linguista que fundou e nomeou a disciplina Semântica.

2.2 MICHEL BRÉAL E O ESTUDO CIENTÍFICO DA SIGNIFICAÇÃO

Os postulados de Saussure para a consolidação da Linguística como ciência foram, e ainda são de suma importância, conforme mostramos anteriormente. Entretanto, não podemos deixar de abordar os estudos de Michel Bréal, os quais antecederam o *Curso de Linguística Geral*. Sua produção mais famosa é *Ensaio de Semântica*, publicada em 1897, e um marco na constituição da Semântica como disciplina.

No capítulo introdutório da obra, intitulado *A ideia deste trabalho*, o autor situa o leitor sobre os seus objetivos, destacando a fertilidade e amplitude desta área que se ocupa do estudo das significações:

O que eu quis fazer foi traçar algumas grandes linhas, marcar algumas divisões, como um pano provisório, sobre um domínio ainda não explorado, e que reclama o trabalho combinado de várias gerações de linguistas. Peço ao leitor, então, que veja este livro como uma simples Introdução à ciência que me proponho a chamar de Semântica. (BRÉAL, [1897] 2008, p.20)

O teórico, também, tece críticas aos estudos trazidos pelas gramáticas comparadas, defendendo que a linguagem, em sua essência, é muito mais complexa e precisa ser analisada com certa sensibilidade:

Para quem sabe interrogá-la, a linguagem está cheia de lições, já que depois de tantos séculos a humanidade deposita nela as aquisições de sua vida material e moral. Mas ainda é preciso tomá-la sob aspecto em que fala à inteligência. Limitar o estudo da linguagem às mudanças de vogais e consoantes é reduzi-la às dimensões de um ramo secundário da fisiologia; contentar-se em enumerar as perdas sofridas pelo mecanismo gramatical é cair na ilusão de que a linguagem é como um edifício em ruínas; restringir a linguagem às teorias abstratas sobre sua origem é correr o risco de acrescentar, sem grande proveito, um capítulo à história já demasiado longa dos sistemas. Há, parece-me, outra coisa a fazer: extrair da linguística o que dela ressalta como alimento para a reflexão e – não temo acrescentar – como regra para a nossa própria linguagem, visto que cada um de nós colabora com sua parte para a evolução da fala humana. (BRÉAL, [1897] 2008, p.17)

Sobre a relevância do legado brealino, Eduardo Guimarães, no prefácio da tradução brasileira de *Ensaio de Semântica*, esclarece:

Os textos de história da linguística ou história da semântica dizem que Bréal fundou a semântica, ou que foi o primeiro a usar o termo semântica. Que sentidos dar a frases como essas que não seja meramente uma informação? É preciso, então, conhecer o que fez Bréal, para não reduzi-lo a essa mera notícia. A tradução do seu *Essai de Sémantique* atende a essa necessidade, contribuindo para repor à reflexão a questão do sentido e da história. [...] A história da linguística tem centrado sua atenção, de um ou de outro modo, no corte, decisivo sob muitos aspectos, do *Curso de Linguística Geral*, de Saussure. Estudar Bréal pode, então, ser uma forma de dar densidade às afirmações de que ele [Bréal] iniciou a semântica e, ao mesmo tempo, um dos modos possíveis de desautomatizar as leituras do *Curso*. E, assim, contribuir para uma desautomatização do discurso da linguística e do discurso sobre

Saussure. [...] Vou então, tomar alguns temas que me parecem importantes na sua obra e que, de algum modo, hoje, podem fazer parte da discussão dos estudos sobre linguagem [...]: o da história e o da subjetividade. (2008, p.09)

Esses dois elementos mostram-se essenciais ao estudo do sentido dentro dos estudos da linguagem. Vale destacar, também, que Bréal reserva um capítulo completo, em *Ensaio de Semântica*, para tratar da subjetividade, nomeado de *O Elemento Subjetivo*. Para ele, “a história diz respeito a uma relação do sujeito (do homem) com a linguagem e, há a marca da subjetividade daquele que fala naquilo que fala” (GUIMARÃES, 2008, p.14).

Abordando a relevância da linguagem como *obra humana*, o linguista francês, também, afirma:

A lingüística fala ao homem dele mesmo: ela lhe mostra como ele construiu, como aperfeiçoou, por sobre obstáculos de toda natureza, malgrado inevitáveis demoras, e mesmo recuos momentâneos, o mais necessário instrumento de civilização. (BRÉAL, [1897] 2008, p. 17)

Os estudos brealinos foram fonte de inspiração a outros teóricos importantes que, no século XX, se ocuparam da linguagem; dentre eles, Émile Benveniste.

Mesmo antes do *Curso de Linguística Geral*, de Saussure, vemos em Bréal a posição da Linguística como ciência, distinguindo-a das ciências naturais:

O que para ele [Bréal] é o fundamento de sua posição? A de que o objeto da linguística, a linguagem, não existe na natureza, pois é um ato do homem, ou seja, não tem realidade fora da atividade humana. Quer dizer, para Bréal a natureza de seu objeto define a natureza de uma ciência. (GUIMARÃES, 2008, p.12)

Assim, essa breve incursão que realizamos nos postulados de Bréal evidencia o caráter expressivo de sua produção teórica e sua inegável contribuição aos estudos que se ocupam da linguagem. Na perspectiva brealina, “a linguística é uma ciência histórica porque seu objeto é uma atividade humana” (GUIMARÃES, 2008, p 13), pensamento convergente aos estudos realizados pela Análise de Discurso, arcabouço teórico ao qual nos filiamos, cujo interesse repousa sobre o homem falando (ORLANDI, 2015).

E a partir de agora, adentraremos no universo da Análise de Discurso, traçando seu percurso histórico e tratando, posteriormente, de seus conceitos fundantes.

2.3 O DISCURSO EM FOCO: SURGE A ANÁLISE DE DISCURSO

Partimos do princípio, conforme anteriormente mencionado, que a Análise de Discurso surge de um gesto de ruptura com os estudos linguísticos tradicionais. Na Análise de Discurso, o centro das atenções é o discurso – *prática de linguagem* (ORLANDI, 2015, p. 13) – e, para investigá-lo, devemos voltar nossa atenção, também, ao sujeito – efeito de linguagem – interpelado pela ideologia. Sendo assim, de acordo com Michel Pêcheux (1975), não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia. Por isso, falamos em uma Linguística do Discurso voltada para os elementos sócio-históricos que envolvem esse sujeito.

Buscando esclarecer as origens da Análise de Discurso, Mussalim (2006, p. 101) declara:

Falar em Análise do discurso pode significar, num primeiro momento, algo vago e amplo, praticamente pode significar qualquer coisa, já que toda produção de linguagem pode ser considerada “discurso”. No entanto, a Análise do Discurso [...] trata-se de uma disciplina que teve origem na França na década de 1960.

É a partir daí, então, que versaremos sobre o surgimento da Análise de Discurso, aporte teórico que tem como fundadores Michel Pêcheux e Jean Dubois, respectivamente filósofo e linguista. Estudiosos, que, em comum, tinham preocupações com o marxismo e a política, com o envolvimento na luta de classes, com a história e com o movimento social.

O filósofo Althusser, que em 1970 publicou a obra *Ideologia e Aparelhos Ideológicos do Estado*, foi uma figura marcante no projeto de constituição da Análise de Discurso. Ele afirmava que a noção de *ideologia* para ser devidamente compreendida, não pode ficar somente no plano das ideias, mas sim, que seria imprescindível a existência material (conjunto de práticas materiais).

E foi justamente no campo da Linguística que as ideias de Althusser encontraram aplicação. Segundo Mussalim (2006, p. 104):

[...] a ideologia deve ser estudada em sua materialidade, a linguagem se apresenta como o lugar privilegiado em que a ideologia se materializa. A linguagem se coloca para Althusser como uma via por meio da qual se pode depreender o funcionamento da ideologia.

Mas não se tratava de uma Linguística saussuriana (da frase, estrutural), mas sim a Linguística do discurso (do sujeito e seus elementos sócio-históricos), como foi anteriormente explicado. É relevante destacar que há a busca de um maior entendimento sobre o fenômeno da linguagem, não mais focado apenas na língua – sistema ideologicamente neutro e fechado em si mesmo – mas em um espaço fora dos postulados de Saussure. Essa instância da linguagem é o discurso.

Portanto, somente uma teoria do discurso poderia recepcionar o projeto althusseriano, ou seja, de que a ideologia se faz na materialidade histórica e não no mundo das ideias, pois seria o lugar teórico de convergência dos elementos linguísticos e socioideológicos.

Na obra *Semântica e Discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*, publicado em 1975, Pêcheux vale-se da Linguística de Saussure, da ideia de valor do signo linguístico, para inscrever o sujeito e os sentidos como históricos e ideológicos, não individuais.

Pêcheux falava da existência de uma *máquina discursiva*, ou seja, um dispositivo que sempre insere o sujeito do discurso na relação com a história, o materialismo histórico. Então, nesse contexto é que surge a Análise de Discurso. Assumindo o caráter ideológico da linguagem e buscando elucidar o conceito de *discurso*, Brandão (2004, p. 11) discorre:

Estudiosos passam a buscar uma compreensão do fenômeno da linguagem não mais centrado apenas na língua, sistema ideologicamente neutro, [...]. E essa instância a linguagem é o discurso. Ela possibilitará operar a ligação necessária entre o nível propriamente linguístico e o extralinguístico a partir do momento em que se sentiu que “o liamen que liga as ‘significações’ de um texto às condições sócio-históricas desde texto não é de forma alguma secundário, mas constitutivo das próprias significações (Haroche et al., 1971, p. 98). O ponto de articulação dos processos ideológicos e dos fenômenos linguísticos é, portanto, o discurso.

Mazzola (2009, p. 07), relata que a passagem da Linguística da frase para a Linguística do discurso, ocorrida ao final da década de 1960, fez com que:

[...] os estudos linguísticos começassem a pensar em um diálogo com a parole, trazendo à cena o sujeito e os elementos sócio-históricos (isto é, as exclusões saussurianas): não se pretendia pensá-los separadamente, mas em sua inter-relação.

Pode-se dizer, assim, que a linguagem enquanto discurso é um modo interativo de produção social, que faz o elo entre o homem e sua realidade, por isso a linguagem não pode ser estudada fora da sociedade (assim como Althusser afirmou que a ideologia não pode ser vista fora da materialidade). E é nesse enfoque, podemos dizer, nessa ruptura, que surge uma nova perspectiva teórica, na década de 1960, que é a Análise de Discurso.

2.3.1 Filiações Teóricas da Análise de Discurso

A formação da Análise de Discurso é marcada por seu contato com outros campos do saber. Por essa razão, a Análise de Discurso não pode ser considerada monodisciplinar, mas sim uma disciplina de entremeio, um dispositivo de interpretação. Isso porque a Análise de Discurso tem filiações teóricas multidisciplinares, juntando a Psicanálise, o Marxismo e a Linguística. Eni Orlandi, precursora da Análise de Discurso no Brasil, realiza uma caracterização muito explicativa sobre o que é essa ciência. Em suas próprias palavras:

Desse modo, se a Análise do Discurso é herdeira das três regiões de conhecimento – Psicanálise, Linguística, Marxismo – não o é de modo servil e trabalha uma noção – a de discurso – que não se reduz ao objeto da Linguística, nem se deixa absorver pela Teoria Marxista e tampouco corresponde ao que teoriza a Psicanálise. Interroga a Linguística pela historicidade que ela deixa de lado, questiona o Materialismo perguntando pelo simbólico e se demarca da Psicanálise pelo modo como, considerando a historicidade, trabalha a ideologia como materialmente relacionada ao inconsciente sem ser absorvida por ele. (ORLANDI, 2015, p. 18)

Na Psicanálise, o pensamento lacaniano é fundamental na fundação da Análise de Discurso. Jacques Lacan (1901-1981) era formado em Letras, mas atuava na Neurologia e Psiquiatria. Ele aprofundou os estudos de Freud, no que diz respeito ao inconsciente. Respalado na sua formação em Letras e nos ensinamentos de Saussure e Jakobson, fez uma releitura do inconsciente assumindo que este se estrutura como linguagem.

Assim, Mussalim (2006, p. 107) explica que Lacan refere o inconsciente como uma cadeia de significantes latente que se repete e interfere no discurso efetivo:

Como se houvesse sempre, sob as palavras, outras palavras, como se o discurso fosse sempre atravessado pelo discurso do Outro, do inconsciente. A tarefa do analista seria a de fazer vir à tona, através de um trabalho na palavra e pela palavra, essa cadeia de significantes, essas “outras palavras”, esse “discurso do Outro”.

Compreendemos, dessa forma, que o sujeito é visto como uma representação; por isso, da ordem da linguagem. Para Lacan, a linguagem é condição do inconsciente, pois o sujeito não está onde pode ser encontrado (consciente), mas pode ser encontrado onde não está (inconsciente). Em suas próprias palavras:

O sujeito como tal está na incerteza em razão de ser dividido pelo efeito da linguagem. [...] Pelo efeito de fala, o sujeito se realiza sempre no Outro, mas ele aí já não persegue mais que uma metade de si mesmo. Ele só achará seu desejo sempre mais dividido, pulverizado, na destacável metonímia da fala. O efeito de linguagem está o tempo todo misturado com o fato [...] de que o sujeito só é sujeito por ser assujeitado ao campo do Outro, o sujeito provém de seu assujeitamento sincrônico a esse campo do Outro. É por isso que ele precisa sair disso, tirar-se disso, e no tirar-se disso, ele saberá que o Outro real tem, tanto quanto ele, que se tirar disso, que se safar disso (LACAN, 1998 [1964], p.178)

A filiação teórica da Análise de Discurso baseada na Psicanálise de Lacan, recorre ao estruturalismo de Saussure e Jakobson, justamente em razão da utilização das dicotomias (oposições binárias) para explicar a questão relacional do sujeito, que é o centro das atenções na Análise de Discurso. Mas, há, especialmente, dois aspectos importantes, os quais divergem do estruturalismo.

Lacan diverge quanto à completude do sistema defendida pelo estruturalismo, pois o sujeito dividido entre o consciente e o inconsciente, emerge sobre as palavras, sobre o discurso. Além disso, rompe com a simetria entre o consciente e o inconsciente, considerando que esse último revela-se em uma posição de domínio.

Diante desses estudos de Lacan, é possível perceber qual a relevância da filiação psicanalítica lacaniana na formação estrutural da Análise de Discurso. Como diz Mussalim (2006, p. 110):

O sujeito não é livre para dizer o que quer, mas é levado, sem que tenha consciência disso [...], a ocupar seu lugar em determinada formação social e enunciar o que lhe é possível a partir do lugar que ocupa.

Assim, a Psicanálise questiona a unicidade significante do estruturalismo e entende o sujeito como um efeito de linguagem. Nessa perspectiva, Brandão (2004, p. 66) ilustra:

[...] a Psicanálise busca suas formas de constituição não no interior de uma “fala homogênea”, mas na diversidade de uma “fala heterogênea que é consequência de um sujeito dividido”. Sujeito dividido entre o consciente e o inconsciente.

O inconsciente poderá ser buscado pelo analista em uma tarefa de reconstrução, de restauração, de regeneração do significante. O inconsciente é uma cadeia de significantes que se repete e interfere no discurso efetivo.

Para Lacan, o sujeito é dividido, clivado, cindido, descentrado, em suma, é efeito de linguagem. Como dizem Milanez e Santos (2009, p. 05), na apresentação da obra: *Análise do Discurso: sujeitos, lugares e olhares*, esse sujeito descrito por Lacan:

É a elaboração ao mesmo tempo de uma força de controle e uma força criativa, mostrando que o homem não é livre para fazer o que quiser, que não pode livrar-se do outro para ser ele mesmo, mas que pode, ao mesmo tempo, reinventar essa alteridade: uma fonte para acontecimentos que nunca se repetem.

Tratando, também, do conceito de *sujeito* para a Análise de Discurso, Orlandi (2003, p. 20) ressalta:

O sujeito de linguagem é descentrado, pois é afetado pelo real da língua e também pelo real da história, não tendo o controle sobre o modo como elas o afetam. Isso redundaria em dizer que o sujeito discursivo funciona pelo inconsciente e pela ideologia.

A influência da Psicanálise, particularmente nos estudos freudianos, aprofundados por Lacan, na formação e desenvolvimento da Análise do Discurso,

revela o sujeito discursivo afetado pela história, promovendo o deslocamento da noção de homem para a noção de sujeito.

Outra filiação teórica na formação da Análise de Discurso é o Marxismo. É necessário saber, mais a fundo, o que representa essa corrente ideológica para que haja a compreensão de seu papel na gênese da Análise de Discurso. A definição de Marxismo, segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2001, p. 1861), é:

1 conjunto de concepções elaboradas por Karl Marx (1818 – 1883) e Friedrich Engels (1820 – 1895) que, baseadas na economia política inglesa do início do século XIX, na filosofia idealista alemã (esp. Hegel) e na tradição do pensamento socialista inglês e francês (esp. o chamado socialismo utópico), influenciaram profundamente a filosofia e as ciências humanas da Modernidade, além de servir de doutrina ideológica para os países autodenominados socialistas [...]

Podemos ampliar essa definição, considerando que a noção de Marxismo opera com três conceitos elementares e complexos: a dialética, o materialismo dialético e o materialismo histórico.

Por *dialética* são distinguidos alguns significados: método de divisão, lógica do provável, lógica e síntese dos opostos (ABBAGNANO, 1982). A noção de *dialética* utilizada por Marx em suas concepções tem, por exigência, a passagem da abstração para a realidade, “[...] do mundo fechado da consciência ao mundo aberto da natureza e da história” (ABBAGNANO, 1982, p. 256).

É dessa noção de *dialética* que o Marxismo opera o conceito de *materialismo dialético*, compreendido pela dialética da realidade. Nesse sentido, Abbagnano (1982, p. 624) expõe:

[...] deve-se raciocinar sempre dialeticamente, isto é, nunca supor invariável e já feito o nosso conhecimento, mas analisar o processo pelo qual o conhecimento nasce da ignorância ou graças ao qual o conhecimento vago e incompleto torna-se conhecimento mais adequado e preciso.

Sobre o materialismo histórico, o autor postula:

[...] consiste em reconhecer nos fatores econômicos (técnicas de trabalho e de produção, relações de trabalho e de produção) um peso preponderante na determinação dos acontecimentos históricos. (Abbagnano, 1982, p. 624)

Assim, segundo Marx, é o ser social do homem que determina sua consciência, e não o contrário. Portanto, a análise das circunstâncias reais, dos acontecimentos históricos e da realidade social é que explicam os atos do homem.

Essas concepções que definem o Marxismo têm como principal fundamento o materialismo. Isso significa dizer que os ideais marxistas, inclusive a definição de ideologia, baseiam-se na materialidade, no concreto, na vida real.

Brandão (2004, p. 19-20), buscando comprovar que *ideologia* não é algo abstrato, nebuloso, puramente idealista, espiritual, apresenta:

Marx e Engels identificam “ideologia” com a separação que se faz entre a produção das idéias e as condições sociais e históricas em que são produzidas. Por isso é que eles tomam como base para suas formulações apenas dados possíveis de uma verificação puramente empírica: os dados da realidade que são “os indivíduos reais, sua ação e suas condições materiais de existência, aquelas que já encontram a sua espera e aquelas que surgem com a própria ação” (p. 14)

Assim, vislumbrando a realidade social do século XIX, em especial a luta de classes (dominantes e dominados), é que o marxismo define ideologia como algo concreto de ser analisado diante da situação social, dos interesses dos indivíduos.

Por isso, Orlandi (2003, p. 19) afirma que a Análise de Discurso:

[...] pressupõe o legado do materialismo histórico, isto é, o de que há um real da história de tal forma que o homem faz história mas esta também não lhe é transparente. Daí, conjugando a língua com a história na produção de sentidos, esses estudos do discurso trabalham o que vai-se chamar a forma material (não abstrata como a da Lingüística) que é a forma encarnada na história para produzir sentidos: esta forma é portanto linguístico-histórica.

O Marxismo tem como base um entendimento materialista de desenvolvimento da sociedade, focado na economia política inglesa do Século XIX. Assim, parte das atividades econômicas que satisfazem as necessidades materiais das pessoas no contexto social. Essas necessidades materiais desencadeiam uma série de fenômenos sociais, os quais podem ser de ordem econômica, política, jurídica, moral, produtiva ou tecnológica. São esses fenômenos que modificam a organização social e produzem, como consequência, a luta de classes.

Em 1970, o marxista Althusser, publica a obra *Os Aparelhos Ideológicos do Estado*, fazendo uma ligação entre o Marxismo e a Psicanálise, pois se baseia nos ideais marxistas, mas associa a questão ao inconsciente para explicar a *ideologia*.

Os Aparelhos Ideológicos do Estado representam a ideologia materialmente histórica, ou seja, baseados na realidade social das lutas de classes (classe dominante x classe dominada). Althusser defende que a ideologia mostra-se nos Aparelhos Ideológicos do Estado, representados por diferentes instituições sociais: religião, família, escola, direito, política, sindicatos, informação, cultura etc.

Dessa maneira, o filósofo acrescenta à noção de ideologia marxista outros fatores, que farão parte da filiação teórica da Análise de Discurso. Refletindo sobre o assunto, Brandão (2004, p. 24-25) resume:

[...] “a ideologia representa a relação imaginária de indivíduos com suas reais condições de existência”; [...] “a ideologia tem uma existência porque existe sempre num aparelho e na sua prática ou suas práticas”; [...] “a ideologia interpela indivíduos como sujeitos”.

É possível, assim, compreender que Althusser acrescenta ao Materialismo Histórico, o simbólico, justamente, porque relaciona os indivíduos com suas reais condições de existência, o que faz com que os indivíduos sejam vistos como sujeitos.

A terceira filiação teórica da Análise de Discurso é a Linguística. Orlandi (2003, p. 19) discorre: “A Linguística constiu-se pela afirmação da não-transparência da linguagem: ela tem seu objeto próprio, a língua, e esta tem sua ordem própria”. Sobre a Linguística assumida pela Análise de Discurso, percebemos que a principal característica é o afastamento da vertente baseada no Estruturalismo e a aproximação da Linguística do discurso, ou seja, a inserção da pesquisa em um quadro que associa o linguístico (ciência autônoma) ao social.

Por isso, vários conceitos essenciais da Análise de Discurso serão tratados no item 2.4, com o propósito de demonstrar que ela tem a Linguística como filiação teórica, mas não simplesmente como um *ramo* ou uma *área*. Ao contrário, por associar o linguístico ao social, a Análise de Discurso tem o seu campo ampliado para outras áreas do conhecimento, todavia não perdendo a pertença do estudo da linguagem.

A Análise de Discurso de origem francesa difere da Análise de Discurso anglo-saxã – também chamada de Análise Crítica do Discurso. Não poderíamos

deixar de mencionar essa outra escola, que tem por característica principal a análise de discursos orais (a conversação cotidiana comum), sendo assim, os propósitos são comunicacionais e descritivos. Além disso, o método utilizado por essa teoria é o *interacionismo*, cujas bases encontram-se na Psicologia e na Sociologia, relacionando-se, também, com a Antropologia (MAINGUENEAU, 1997).

Diferentemente da Análise Crítica do Discurso, a Análise de Discurso de origem francesa analisa o escrito (quadro institucional doutrinário) como tipo de discurso. Os objetivos determinados pelo analista são os propósitos textuais explicativos da forma de construção do objeto. O método é o estruturalismo, mas contextualizando Linguística e história. (MAINGUENEAU, 1997).

A Linguística não é o estudo da língua como se esta fosse um conjunto de regras e propriedades formais. A Linguística, dentro do quadro teórico da Análise de Discurso, considera a língua enquanto produzida em determinadas situações históricas e sociais. Mussalim (2006, p. 111), tratando da especificidade da Análise de Discurso, pondera que a linguagem faz sentido para os sujeitos inseridos em conjunturas históricas e explica:

A Análise do discurso [...] considera esse último modo de compreender a linguagem, o que não significa que, para ela, a linguagem não apresente também um aspecto formal, como apontava o próprio Pêcheux (1975/1988), ao afirmar que existe uma base Linguística regida por leis internas [...] sobre a qual se constituem os efeitos de sentido [...].

A Análise de Discurso de origem francesa tem, portanto, filiação teórica na Linguística, baseada no discurso, reconhecendo sua especificidade, mas limita o domínio no campo do sentido. Não o sentido em termos de teorias semânticas, mas sim das enunciações, das formações discursivas e ideológicas. Nessa perspectiva, “a língua é a materialidade discursiva, ou seja, o aspecto material de um discurso (o que produz o risco de conceber o sentido como não sendo material)”. (POSSENTI, 2005, p. 362).

Possenti (2005, p. 360), ainda, explicita:

[...] a AD contesta que o sentido seja da ordem da língua, que funcione submetido aos ‘seus’ critérios [...]. o sentido é da ordem das formações discursivas (FD), que, por sua vez, materializam formações ideológicas, que por sua vez, são da ordem da história.

O estudioso fala de uma forma específica de conceber a língua, que seria a *alíngua*, num conceito idealizado por Lacan, pois a língua sempre produz *derivadas de interpretação*, pois o que se espera dela é o equívoco. (POSSENTI, 2005)

Orlandi (2003, p. 20), ao afirmar que a Análise de Discurso se constitui no espaço de questões criadas pela relação entre os três domínios disciplinares já referidos, recapitula:

Desse modo, se a Análise do discurso é herdeira das três regiões de conhecimento – Psicanálise, Lingüística, Marxismo – não o é de modo servil e trabalha uma noção – a do discurso – que não se reduz ao objeto da Lingüística, nem se deixa absorver pela Teoria Marxista e tampouco corresponde ao que teoriza a Psicanálise. Interroga a Lingüística pela historicidade que ela deixa de lado, questiona o Materialismo perguntando pelo simbólico e se demarca da Psicanálise pelo modo como, considerando a historicidade, trabalha a ideologia como materialmente relacionada ao inconsciente sem ser absorvida por ele.

Podemos, então, afirmar que a especificidade da Análise de Discurso tem por objeto o discurso, que em razão do que interroga, questiona e demarca, provoca uma nova maneira de analisar essas formas de conhecimento em seu conjunto, tornando-se uma disciplina de entremeio.

Enquanto perspectiva intelectual, a Análise de Discurso não surgiu pronta e definida, o que se percebe pela complexidade de suas bases fundadoras. A definição do objeto da Análise de Discurso e dos seus procedimentos de investigação só foram possíveis pela existência de algumas etapas, as quais veremos a seguir.

2.3.2 Fases da Análise de Discurso

A primeira fase da Análise de Discurso ocorre de 1969 a 1975 e é centrada na relação de Pêcheux e Althusser, focada no conceito de *ideologia* e na análise de textos de conotação política. Pêcheux publica *Análise Automática do Discurso*, obra que se torna referência para os estudos linguísticos centrados na Análise de Discurso.

Esta fase caracteriza-se, também, pela presença de um método estruturado de análise, com a utilização de cálculos matemáticos, algoritmos e tecnologia informática para processamento do *corpus* de análise. O analista interpretava os

dados, relacionando-os com a ideologia, os sujeitos e o histórico-social. O termo *maquinaria discursivo-estrutural* é o que caracteriza essa fase. A *máquina* geradora seria, por exemplo, um discurso marxista ou um discurso liberal.

Já que eram as *máquinas* que estruturavam os discursos, os sujeitos eram assujeitados, pois eram perpassados pelo *pronto*, pela ideologia. Nesse sentido, Mussalim (2006, p. 118) apresenta:

Têm-se, então, a noção de “máquina discursiva”: uma estrutura (condições de produção estáveis) responsável pela geração de um processo discursivo (o processo de construção do manifesto comunista, por exemplo) a partir de um conjunto de argumentos e de operadores responsáveis pela construção e transformação de proposições, concebidas como princípios semânticos que definem, delimitam um discurso (o comunista, para tomá-lo como exemplo).

Como o sujeito é considerado assujeitado pela *máquina discursiva*, Mazzola (2009, p. 11), esclarece que o sujeito é suporte da *máquina discursiva*. Ele pensa que está manifestando seu discurso, quando na verdade está sendo usado pelo discurso pronto da *máquina*. Nas palavras do autor:

Isso se deu pelo fato de Pêcheux se pautar nas teses althusserianas sobre os aparelhos **ideológicos** (A. I. E.) e o **assujeitamento**, que propõem um sujeito atravessado pela ideologia e pelo inconsciente. O sujeito desse período tinha a ilusão de que era a fonte de seus dizeres, mas na verdade era apenas um reproduzidor do já-dito. (negritos do autor)

O sujeito pensa ser fonte do discurso, mas, na verdade, é fruto de uma formação ideológica pronta, que regula o seu dizer.

Assim, o analista dessa primeira fase da Análise de Discurso selecionava o *corpus*, fazia uma análise linguística (das construções sintáticas e do léxico), para, posteriormente, construir uma análise discursiva. Essa análise discursiva era baseada em sinonímias e paráfrases, visando a comprovar que esses fenômenos fazem parte da mesma estrutura geradora do processo discursivo, ou seja, da mesma *máquina discursiva* (MUSSALIM, 2006).

O fim da primeira fase da Análise de Discurso ficou marcado pela observância que as paráfrases (sequências substituíveis entre si no contexto) levam a crer na existência da heterogeneidade, no Outro no discurso, que não é fruto puramente da *máquina discursiva*.

A segunda fase da Análise de Discurso, de 1975 a 1980, é marcada pela reformulação por Pêcheux de sua teoria sobre a análise automática do discurso, baseada no conceito de Formação Discursiva, diante de um olhar sobre três regiões do conhecimento científico: o materialismo histórico, a Linguística e a teoria do discurso.

Pêcheux não desconstrói a ideia de *máquina discursiva*, mas defende que as *máquinas discursivas* podem se interligar gerando as formações discursivas. Nessa perspectiva, sobre a função do analista do discurso, Mussalim (2006, p. 119) discorre:

O papel do analista do discurso seria descrever essa dispersão buscando estabelecer as regras de formação de cada FD. Nesta segunda fase da AD, portanto, o objeto de análise passará a ser as relações entre as “máquinas” discursivas.

Na obra *O Discurso: estrutura ou acontecimento*, Pêcheux diz:

Este ponto desemboca sobre a questão final da discursividade como estrutura ou como acontecimento.

A partir do que precede, diremos que o gesto que consiste em inscrever tal discurso dado em tal série, a incorporá-lo a um “corpus”, corre sempre o risco de absorver o acontecimento desse discurso na estrutura da série na medida em que esta tende a funcionar como transcendental histórico, grade de leitura ou memória antecipadora do discurso em questão. (PÊCHEUX, 2002, p. 55-56)

Assim, com relação ao papel do analista, pouca coisa muda na segunda fase da Análise de Discurso, alterando apenas o objeto de análise para discursos menos estabilizados, menos polêmicos, com menor abertura para variação de sentido (um debate político, por exemplo). É, ainda, nessa fase que Pêcheux desenvolve sua teoria dos *dois esquecimentos*, cuja abordagem faremos no item 2.4.5.

A partir de 1980 começa a terceira fase da Análise de Discurso. Sobre a data final, há controvérsias, pois pode ser pela morte de Pêcheux em 1983 ou pode ser considerada estendida até os dias de hoje.

Authier-Revuz, na década de 1980, incorpora os estudos de Foucault e Bakhtin, no que diz respeito à *heterogeneidade discursiva*. Agora sim, pode-se dizer que há um rompimento da *maquinaria discursiva* e de um conceito inicial de formação discursiva.

Mazzola (2009, p. 14), trata da terceira fase da Análise de Discurso, dizendo:

Na AD-3, os diferentes discursos que atravessam uma FD não se constituem independentemente uns dos outros para serem postos em relação, mas se formam de maneira regulada no interior de um interdiscurso. Gregolin (2006c, p. 23), explica em nota: “praticamente, os analistas franceses passam a operar com a ideia de **memória e interdiscursividade** em substituição ao conceito de FD, a partir dos anos oitenta.” Tem-se um sujeito, agora, dividido, clivado e heterogêneo; o **outro**, o desconhecido e o inconsciente passam a fazer parte de sua identidade, através de uma primazia sobre o **mesmo**. (negritos do autor)

O interdiscurso, assim, é o que estrutura as formações discursivas e se torna o objeto de análise na terceira fase da Análise de Discurso. Os diversos discursos que atravessam uma formação discursiva são formados no interior de um interdiscurso, não se formam independentemente e depois são postos em relação.

De forma pontual, podemos dizer que a primeira fase da Análise de Discurso é marcada pelas *máquinas discursivas*; a segunda fase da Análise de Discurso pelo conceito de formação discursiva; e a terceira fase pelo conceito de Interdiscurso.

É possível notar que, desde a formação da Análise de Discurso e o desenvolvimento que passou e passa até os dias de hoje, o sujeito é o centro das atenções. Um sujeito que não é ou está preso ao código linguístico, mas sim que assume sua posição social, histórica e ideológica.

E nessa posição não é visto como ser individual, mas ser coletivo, socializado, que se encontra assujeitado pela ideologia e atravessado pelo seu inconsciente.

2.3.3 Noção de Discurso

Para a Análise de Discurso, a mensagem transmitida por meio da comunicação, não se trata apenas de transmissão de informação, como fruto de um esquema pronto. Isso porque o emissor do discurso e o receptor realizam, ao mesmo tempo, o processo de significação.

Orlandi (2003, p. 21) explica:

[...] diremos que não se trata de transmissão de informação apenas, pois, no funcionamento da linguagem, que põe em relação sujeitos e

sentidos afetados pela língua e pela história, temos um complexo processo de constituição desses sujeitos e produção de sentidos e não meramente transmissão de informação.

Dessa maneira, desde já, podemos dizer que o discurso é efeito de sentidos entre os sujeitos, que se utilizando da linguagem, podem se comunicar ou não. Assim Orlandi (2003, p. 21): “As relações de linguagem são relações de sujeitos e de sentidos e seus efeitos são múltiplos e variados. Daí a definição de discurso: o discurso é efeito de sentidos entre locutores.”

Possenti (1988, p. 160) faz sua definição de discurso:

[...] um efeito de sentido, uma posição, uma ideologia - que se materializa através da língua [...] o discurso se constitui pelo trabalho com e sobre os recursos de expressão, que produzem determinados efeitos de sentido em correlação com condições de produção específicas.

“O termo ‘discurso’ toca um dos temas centrais do trabalho de Foucault” (CASTRO, 2009, p. 117). Em 1969, Michel Foucault (1926 – 1984), publicou *A Arqueologia do Saber*, estabelecendo bases sólidas na investigação científica, com base na realidade prática da vida, em especial os jogos de poder na evolução do discurso na vida em sociedade.

Dessa forma, Castro (2009, p. 117) relata:

Em grande parte, essa é a tarefa de *L’archéologie du savoir*. Nesse texto, Foucault define o discurso como o “conjunto de enunciados que provém de um mesmo sistema de formação; assim se poderia falar de discurso clínico, discurso econômico, discurso da história natural, discurso psiquiátrico”.

Considerando que é pela prática, pela vida real, que a produção de sentidos no discurso é entendida, a Análise de Discurso explicitará como esses sentidos são produzidos. Foucault analisa os enunciados que definem as condições de existência do discurso. O estudioso afirma:

O discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, é o poder do qual nos queremos apoderar. (Foucault, 1999, p.10)

Nesse ponto, por uma questão metodológica, Foucault utiliza a noção de *práticas* (ao invés de episteme ou dispositivo), pois o conceito de discurso se define como uma análise discursiva.

Sob a ótica da prática, Foucault estabelece uma metodologia para a Análise de Discurso. Primeiramente, faz-se necessário liberar as categorias já existentes e enumera três categorias de análise: as unidades do discurso; as formações e práticas discursivas; e o enunciado (CASTRO, 2009, p. 117-118).

Em seguida, pode-se definir o discurso como o projeto de uma descrição dos fatos discursivos como objeto de investigação das unidades, propondo as regras de formação dos objetos, das modalidades enunciativas, dos conceitos e das estratégias discursivas. E assim, Foucault deixa claro que não restringe a significação da palavra *discurso*. Ao contrário, multiplica seus sentidos, como aponta Castro (2009, p. 119):

O discurso está constituído por um conjunto de sequências de signos, uma vez que elas são enunciados, isto é, uma vez que se lhes possa conferir modalidades de existência particulares. [...] As práticas discursivas não são pura e simplesmente modos de fabricação de discursos. Elas tomam corpo no conjunto de técnicas, das instituições, dos esquemas de comportamento, dos tipos de transmissão e de difusão, mas formas pedagógicas que, por sua vez, as impõem e as mantêm.

O discurso é um processo dinâmico de produção de sentidos. Analisar discursos é fazer a explicitação dos mecanismos de criação dos sentidos, observar as *regras de formação*. Sobre o assunto, Brandão (2004, p. 32) declara:

Foucault (1969) concebe os discursos como uma dispersão, isto é, como sendo formados por elementos que não estão ligados por nenhum princípio de unidade. Cabe à análise do discurso descrever essa dispersão, buscando o estabelecimento de regras capazes de reger a formação dos discursos.

Mussalim (2006, p. 123) aduz que a Análise de Discurso considera como parte constitutiva do sentido o contexto histórico-social (contexto de enunciação) que constitui parte do sentido do discurso. Então, em Análise de Discurso, os sentidos são historicamente construídos.

Para Foucault, tem mais importância o papel que o discurso desempenha da realidade social, do que propriamente o conteúdo do discurso. Baseado nos

tensionamentos de poder e controle social, como formadores dos discursos, independentemente do conteúdo do discurso, ele produz verdade, por meio dos enunciados pelos quais é formado. O discurso que veicula saber é gerador de poder.

Ocorre que Foucault era filósofo, historiador, filólogo, crítico literário, mas não era linguista. Sua preocupação com o conceito de discurso, não atingia o nível linguístico, mas sim social. Temos então que o conceito de discurso de Foucault, contribui para a Análise de Discurso, pelo desenvolvimento do tema pelos linguistas.

Brandão (2004, p. 37) resume a contribuição do conceito de discurso para Foucault, para o estudo da linguagem, da seguinte forma: o discurso considerado como prática e a necessidade de articulação com práticas não-discursivas; o conceito de formação discursiva; distinção entre enunciação e enunciado; concepção de discurso como jogo estratégico e polêmico (não por seu aspecto linguístico); discurso como espaço em que saber e poder se articulam; e o controle da produção do discurso por procedimentos ligados à luta pelo poder (pelas estratégias, táticas e lutas e pelos conceitos de ética e de sujeito).

Dentro do quadro teórico da Análise de Discurso, é necessário discutir a noção de *discurso*, um de seus conceitos basilares. Para isso, recorreremos a vários teóricos, por considerar mais importante a reflexão sobre o termo, do que apresentar, apenas, um conceito fechado. Há vários elementos que precisam ser analisados, os quais enriquecem a noção de *discurso*, um deles é o modo de conceber a linguagem. Sobre a questão, Charaudeau e Maingueneau (2004, p. 169-170) defendem:

Falando de “discurso”, toma-se implicitamente posição contra uma certa concepção da linguagem e da semântica. Em boa medida, essa modificação resulta da influência de diversas correntes pragmáticas, que sublinharam um certo número de idéias-força: [...]

Os teóricos, ainda, elencam: o discurso supõe uma organização transfrástica; o discurso é orientado; o discurso é uma forma de ação; o discurso é interativo; o discurso é contextualizado; o discurso é assumido; o discurso é regido por normas; e o discurso é assumido em um interdiscurso (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2004, p. 170-172).

Os conceitos essenciais que envolvem a Análise de Discurso, os veremos no item 2.4. Agora vamos acrescentar à noção de discurso, as ideias de heterogeneidade, dialogismo e polifonia.

A heterogeneidade no discurso significa que geralmente o discurso não é homogêneo. Ele mistura outros discursos, ou seja, traz em si outras fontes enunciativas. Authier-Revuz, em 1982, com a publicação de *Hétérogénéité montrée e hétérogénéité constitutive: éléments pour une approche de l'autre dans le discours*, demonstra que o discurso não é dotado de uniformidade e pode apresentar duas formas de heterogeneidade: a mostrada e a constitutiva.

Authier-Revuz (1990, p. 25) esclarece:

Parece-me que estas noções estão, de fato, necessariamente ancoradas no exterior da linguística trazendo – de modo ingênuo ou teórico – concepções do sujeito e de sua relação com a linguagem; e que é inadequado para a linguística não explicitar sua relação com o exterior [...]

Não é possível conceber o ser humano fora das relações que o ligam com o outro, por isso a língua deve ser vista como um fenômeno de interação verbal. O discurso tem a presença constante do Outro, o sujeito é clivado, dividido pelo inconsciente (contribuições da Psicanálise lacaniana como filiação teórica da Análise de Discurso).

Por heterogeneidade mostrada compreendemos as citações diretas, os relatos, o uso das aspas, negrito ou itálico para fazer remissão a outro discurso (heterogeneidade mostrada marcada), e também nas citações indiretas, nas alusões, nas imitações, na ativação da cultura pessoal do sujeito etc. (heterogeneidade mostrada não marcada).

Seja com a afirmação do discurso do Outro ou com sua negação, o Outro poderá se fazer presente em uma formação discursiva pela heterogeneidade mostrada marcada ou não. A heterogeneidade mostrada representa a relação do sujeito com a heterogeneidade constitutiva, pois essa marca o pressuposto da presença constante do Outro no discurso.

Sobre estes dois conceitos, heterogeneidade mostrada e heterogeneidade constitutiva, Charaudeau e Maingueneau (2004, p. 261-262), ainda, complementam:

A “heterogeneidade mostrada” corresponde à presença localizável de um discurso outro no fio do discurso. [...] Assim, o enunciador negocia com a alteridade, procura preservar uma fronteira com o que não provém de *seu* discurso.
Fala-se de “heterogeneidade constitutiva” quando o discurso é dominado pelo interdiscurso [...] ele se constitui através de um

debate com a alteridade, independentemente de qualquer traço visível de citação, alusão etc.

Mesmo assim, o sujeito tem a ilusão da autonomia da sua consciência e de seu discurso. Contudo, qualquer enunciado do discurso tem caráter dialógico, não se dissocia do interdiscurso e da interação entre os discursos.

Para tratarmos do dialogismo, é imprescindível falarmos de Mikhail Bakhtin (1895 – 1975), filósofo da linguagem russo, que em suas pesquisas sobre a linguagem humana, tratou de diversos assuntos, incluindo o conceito de polifonia. Seus estudos sobre a linguística foram caracterizados por uma *translinguística*, pois ultrapassava a visão da língua como sistema, isolada da realidade social; e entendia que as análises linguísticas deveriam incluir os fatores fora da língua (sistema), como o contexto de fala, as relações sociais entre os sujeitos, o momento histórico. Para o estudioso:

Todo falante é por si mesmo um respondente em maior ou menor grau: porque ele não é o primeiro falante, o primeiro a ter violado o eterno silêncio do universo, e pressupõe não só a existência do sistema da língua que usa mas também de alguns enunciados antecedentes – dos seus e alheios – com os quais o seu enunciado entra nessas ou naquelas relações (baseia-se neles, polemiza com eles, simplesmente os pressupõe já conhecidos do ouvinte). Cada enunciado é um elo na corrente complexamente organizada de enunciados. (BAKHTIN, 2003, p. 272):

Sobre a relevância de Bakhtin para os Estudos da Linguagem, Barros e Fiorin (2003), na Apresentação da obra *Dialogismo, Polifonia e Intertextualidade*, expõem:

Mikhail Bakhtin, teórico da linguagem russo, causou grande impacto no Ocidente, quando suas obras foram traduzidas. [...] encontram-se estudos sobre [...] a inscrição do discurso do outro no discurso do enunciator. [...] Isso quer dizer que as palavras de um falante estão sempre e inevitavelmente perpassadas pelas palavras do outro; que, para constituir seu discurso, e um enunciator necessariamente leva em conta o discurso do outro, elabora seu discurso a partir de outros discursos.

É na noção de *dialogismo*, então, que se ancora uma grande parte da Linguística atualmente, notadamente a Análise de Discurso. A Linguística baseada no fenômeno social da interação verbal e do fato que o ser humano é fruto da

interação com o outro. Com base nisso, Mussalim (2006, p. 127) faz o seguinte esclarecimento:

O dialogismo do círculo de Bakhtin, no entanto, não tem como preocupação central o diálogo face a face, mas diz respeito a uma teoria de dialogização interna do discurso. [...] para Bakhtin, o discurso, cujo dialogismo se orienta para outros discursos e para o outro da interlocução, instaura-se em uma perspectiva plurivalente de sentidos, bem como a própria palavra que, pelo fato de ser atravessada por sentidos constituídos historicamente, não é monológica, não é neutra, mas atravessada pelos discursos nos quais viveu sua existência socialmente sustentada.

Podemos dizer, então, que o dialogismo faz parte da concepção de *discurso* para a Análise de Discurso, conceito desenvolvido por Bakhtin e que se refere “[...] às relações que todo enunciado mantém com os enunciados produzidos anteriormente, bem como com os enunciados futuros que poderão os destinatários produzirem” (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2004, p. 160).

A concepção bakhtiniana de *dialogismo discursivo* faz muito sentido, se pensarmos de maneira bem simples na palavra *diálogo* como sendo a forma mais natural da linguagem, da comunicação social. Num diálogo há a troca de palavras entre os sujeitos. No discurso (dialógico de Bakhtin), objeto de estudo da Análise de Discurso, há a palavra atravessada de sentidos historicamente concebidos.

A respeito da noção de *dialogismo*, Barros (2003, p. 2), ainda, complementa:

Em resumo, Bakhtin concebe o dialogismo como o princípio constitutivo da linguagem e a condição do sentido do discurso. Examina-se, em primeiro lugar, o dialogismo discursivo, desdobrado em dois aspectos: o da interação verbal entre o enunciador e o enunciatário do texto, o da intertextualidade no interior do discurso.

É no aspecto da intertextualidade no interior do discurso, que os estudos atuais desenvolveram diversas formas do conceito de *dialogismo*, como é o caso dos estudos da polifonia de Ducrot.

Quanto à polifonia, como já dissemos, M. Bakhtin na diversidade de seus estudos, tratou de analisar a linguagem pelos seus aspectos de interação social, não somente como estrutura, sistema. Mas foi Oswald Ducrot (1930) quem desenvolveu uma noção propriamente linguística da polifonia. Assim:

Ducrot [...] recupera o princípio dialógico de Bakhtin. A filiação a Bakhtin se faz sentir principalmente quando Ducrot considera o

dialogismo como princípio constitutivo da linguagem e do sentido de enunciados.

[...]

Foram os estudos de Ducrot que introduziram, de modo efetivo e sistemático, o princípio dialógico de Bakhtin no corpo das reflexões linguísticas atuais. (BARROS, 2003, p. 5).

Sendo assim, o dialogismo e a polifonia são termos que se completam. Podemos dizer que a polifonia está contida no dialogismo que diz respeito à intertextualidade no interior do discurso.

A polifonia caracteriza um texto em que se deixam entrever muitas vozes. O termo dialogismo é usado para o princípio constitutivo da linguagem e de todo discurso. Nessa perspectiva, Barros (2003, p. 6) postula:

Os textos são dialógicos porque resultam do embate de muitas vozes sociais; podem, no entanto, produzir efeitos de polifonia, quando essas vozes ou algumas delas deixam-se escutar, ou de monofonia, quando o diálogo é mascarado e uma voz, apenas, faz-se ouvir.

Críticas à teoria da polifonia de Ducrot pelos estudiosos da Análise de Discurso referem-se ao afastamento do discurso das questões históricas, que, para a Análise de Discurso, são fundamentais. Brandão (2004, p. 75-76), ao se referir à historicidade com o momento presente em Ducrot, relata:

A realização de um enunciado é um acontecimento histórico: é dada existência a algo que não existia antes que se falasse e que não existirá depois. É esta aparição momentânea que chamo 'enunciação'.

Além disso, Ducrot também contesta a tese da unicidade do sujeito. Para ele, um texto pode ter mais de um locutor. Barros (2003, p. 5), explica:

Nesse caso a polifonia atinge sua plenitude: as vozes que dialogam e polemizam "olham" de posições sociais e ideológicas diferentes, e o discurso se constrói no cruzamento dos pontos de vista.

Por isso, vale reiterar que os estudos de Ducrot introduziram o princípio polifônico de Bakhtin nas reflexões linguísticas da atualidade. A polifonia, conceito utilizado por Bakhtin ao tratar da literatura, mais especificamente das obras de Dostoiévski, influencia Ducrot ao abordar questões voltadas ao enunciado.

Dessa forma, pela observação da heterogeneidade, dialogismo e polifonia, poderemos verificar que o *testamento vital* apresenta um cruzamento de discursos: o

religioso, o jurídico, o médico, o feminino, o humano. O entendimento teórico para, posteriormente, estruturarmos nossa investigação é fundamental, fornecendo fundamentos que possibilitam o reconhecimento do Outro no discurso.

Continuando este percurso teórico, voltamos, mais uma vez, a Pêcheux, agora, para refletirmos, a partir de seus estudos, se o discurso seria estrutura ou acontecimento. Na obra: *O Discurso: Estrutura ou Acontecimento* (1983), o teórico analisa a ocorrência do discurso para refletir ser uma estrutura (ciência, estabilizada), um acontecimento (fruto, dentre várias outras coisas, da história) ou ainda uma tensão entre a descrição e a interpretação que deve haver na análise de discurso.

Preliminarmente, Pêcheux (2002, p. 51) explica:

O objeto da linguística (o própria da língua) (sic) aparece assim atravessado por uma divisão discursiva entre dois espaços: o da manipulação de significações estabilizadas, normatizadas por uma higiene pedagógica do pensamento, e o de transformações de sentido, escapando a qualquer norma estabelecida a priori, de um trabalho do sentido, tomados no relançar indefinido das interpretações.

E, posteriormente, agrega:

:

Todo enunciado, toda sequência de enunciados é, pois, linguisticamente descritível como uma série (léxico-sintaticamente determinada) de pontos de deriva possíveis, oferecendo lugar a interpretação. É nesse espaço que pretende trabalhar a análise de discurso. (PÊCHEUX, 2002, p. 53)

Nessa perspectiva, portanto, o discurso é estrutura (repetição) e é acontecimento (atualização). Sobre a questão, Pêcheux (2002, p. 57) entende que “através das descrições regulares de montagens discursivas, se possa detectar os momentos de interpretações enquanto atos que surgem como tomadas de posição”.

Ainda no quadro teórico da Análise de Discurso, antes de tratarmos de seus conceitos essenciais, duas formulações são significativas: enunciado e enunciação. Essas duas definições são fundamentais para concluirmos a reflexão que temos construído até o momento sobre o que é o discurso.

A Arqueologia do Saber (1969), obra escrita por Foucault, é uma referência importante para aqueles que estudam o discurso. Entenda-se por *arqueologia* a seleção e descrição do arquivo, que é o regramento que determina o funcionamento

dos enunciados. O enunciado deve ser desprendido das categorias tradicionais, pois não importa saber das regras segundo as quais é possível construir novos enunciados. O que importa é saber como aconteceu que somente tais enunciados tenham existido e não outros, remetendo a outros enunciados para mostrar as correlações/exclusões (CASTRO, 2009, p. 136).

O enunciado considera o ponto de vista das condições de existência (condições de produção) da frase ou proposição e não a frase ou proposição em si mesma. Para explicá-lo, Foucault utiliza a expressão *performance verbal* ou *performance linguística*, aduzindo que se trata de um conjunto de signos produzidos a partir de uma língua, que difere da formulação (ato individual ou coletivo), da frase (gramática) e da proposição (lógica), pois o enunciado precisa do entendimento da existência de um conjunto de signos (sujeitos, objetos, relação com outras formulações e repetitividade). (CASTRO, 2009, p. 136-137).

O enunciado articula-se sobre uma frase ou proposição, mas não deriva deles. Sua descrição não é nem análise lógica nem análise gramatical, mas encontra-se num nível específico de descrição. Assim, ele existe a partir de um domínio de objetos e de um jogo de posições possíveis para um sujeito, além de um elemento em um campo de coexistência e com materialidade repetível.

Essa existência do enunciado está na função enunciativa que se exerce pelos elementos significantes efetivamente produzidos, por meio de frases e proposições. Está suposta no fato de que existe o significado e o significante. Está *suposta* nas diversas análises linguísticas, mas não se identifica com elas.

O nível enunciativo situa-se entre a materialidade bruta das formulações e a regularidade formal das frases e das proposições. Com tais considerações, Foucault afirma que o enunciado é algo assim como o átomo do discurso, sendo uma função exercida verticalmente com respeito a essas unidades (proposição e frase) e que a prática discursiva, como refere Castro (2009, p. 138), é:

Um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço que definiram para uma época dada, e uma área social, econômica, geográfica ou linguística dada, as condições de exercício da função enunciativa.

Por isso, pode-se entender que o enunciado como unidade de análise, tem seu referencial constituído pelas regras que definem as condições históricas de surgimento de objetos e o sujeito está determinado por esse referencial.

Ao desenvolverem um conceito de *enunciado* Charaudeau e Maingueneau (2004, p. 196) citam Guespin (1971), apresentando a seguinte definição:

O enunciado é a sucessão de frases emitidas entre dois brancos semânticos, duas pausas da comunicação; o discurso é o enunciado considerado do ponto de vista do mecanismo discursivo que o condiciona. Assim, olhar um texto sob a perspectiva de sua estruturação 'em língua' permite tomá-lo como um enunciado; um estudo linguístico das condições de produção desse texto possibilita considerá-lo um discurso.

Pode-se observar que Foucault desenvolveu uma reflexão filosófica sobre o enunciado, que interessa à análise de discurso. Em síntese, podemos dizer que o discurso é o enunciado visto sob o enfoque das condições de produção. O estudo linguístico dessas condições de produção num texto (que em uma análise estrutural, pode tornar-se um enunciado), faz com ele seja considerado um discurso.

Por enunciação, podemos depreender que é o enunciado em funcionamento na língua. Nesse sentido, Charaudeau e Maingueneau (2004, p. 195) apontam:

Na perspectiva da análise do discurso, a consideração da enunciação é, evidentemente, central, tendo aparecido desde 1969 no número 13 da revista *Languages* ("L'Analyse du discours"), em que Dubois consagrou um artigo a "Enunciado e enunciação" (Dubois, 1969).

Há dois níveis que integram constantemente as problemáticas ligadas à enunciação: o nível local (do discurso propriamente dito) e o nível global (do contexto que envolve o discurso).

Na obra *Dicionário de Linguística da Enunciação* (FLORES; BARBISAN; FINATTO; TEIXEIRA, 2009, p. 101-105), os autores fazem uma síntese do conceito de enunciação, de acordo com alguns teóricos. Para Charles Bally (1865 – 1947), enunciação é *ato do falante de utilizar os meios de expressão comuns a todos os indivíduos de uma comunidade linguística para expressar suas ideias e sua subjetividade*; para Benveniste (1902 – 1976), *colocação da língua em funcionamento por um ato individual de utilização*; para Culioli (1924), *modo de constituição dos enunciados pelo qual se dá a construção de sentido*; para Ducrot (1930), *acontecimento constituído pelo aparecimento de um enunciado*; para Greimas (1917 – 1992), *instância linguística que permite a passagem da organização virtual do discurso à sua realização*; para Jakobson (1896 – 1982),

atividade pela qual se manifesta a presença codificada do falante naquilo que é falado e para Récanati (1952), acontecimento dotado de significação que ocorre em um local determinado e em um certo momento.

Em todas as definições de enunciação acima, observamos a questão do funcionamento, do movimento. Ao abordar a enunciação em seus trabalhos, Galli (1995, p. 133) destaca:

A categoria da enunciação tem papel basilar nos trabalhos da análise do discurso de linha francesa, fundamentalmente, porque possibilita “a apreensão, no próprio interior do enunciado, da relação com sujeitos, situações, conjunturas” (Guillaumou & Malidier, 1989, p. 61).

Dentro desta perspectiva, vê-se que os enunciados de cada discurso têm um percurso que faz que carreguem a memória de outros discursos.

Mas, a concepção de discurso vai mais além do que uma sequência de enunciados. Por isso, Pêcheux considera a oposição entre *enunciação* e *enunciado*. A enunciação refere-se às condições de produção do discurso; o enunciado refere-se à superfície discursiva resultante das condições de produção.

Para a Análise de Discurso, a enunciação é o processo constitutivo do enunciado, é o enunciado em funcionamento, como já dissemos. E é esse processo constitutivo que interessa para a Análise de Discurso e para o analista do discurso. Mas, para isso, agora sim, veremos os conceitos essenciais em Análise de Discurso.

2.4 CONCEITOS ESSENCIAIS

2.4.1 Sujeito e Ideologia

Pela noção de discurso e os elementos que foram desenvolvidos para o seu entendimento até agora, um ponto pode ser facilmente observado, que é a subjetividade como questão relevante para a Análise de Discurso.

Caracterizando o sujeito do discurso, Mussalim (2006, p. 110) destaca:

O sujeito do discurso não poderia ser considerado como aquele que decide sobre os sentidos e as possibilidades enunciativas do próprio discurso, mas como aquele que ocupa um lugar social e a partir dele enuncia, sempre inserido no processo histórico que lhe permite determinadas inserções e não outras. Em outras palavras, o sujeito

não é livre para dizer o que quer, mas é levado, sem que tenha consciência disso (e aqui reconhecemos a propriedade do conceito laciano de sujeito para a AD), a ocupar seu lugar em determinada formação social e enunciar o que lhe é possível a partir do lugar que ocupa.

Ao tratarmos as suas fases, vimos que é justamente a maneira como o sujeito é visto, que denota a mudança de foco nos estudos em Análise de Discurso.

Na primeira fase, o sujeito fica restrito à *maquinaria*, já que está submetido à uma ideologia, à uma teoria ou à uma instituição. Na segunda fase, o sujeito não é totalmente livre, mas ocupa um lugar de onde enuncia (formação social), sendo dominado por uma formação ideológica. Mesmo com essa diferença, podemos dizer que nessas fases, o sujeito é ideológico. Não existe o sujeito individual, pois de alguma forma, a ideologia se manifesta através dele no discurso.

A terceira fase da Análise de Discurso é marcada pelo interdiscurso, pela heterogeneidade, pelo sujeito clivado, dividido, assujeitado, interpelado, atravessado, cindido, perpassado, descentrado. Diz Mussalim (2006, p. 134):

[...] o “eu” perde a sua centralidade, deixando de ser senhor de si, já que o “outro”, o desconhecido, o inconsciente, passa a fazer parte de sua identidade. O sujeito é, então, um sujeito descentrado, que se define agora como sendo a relação entre o “eu” e o “outro”. O sujeito é constitutivamente heterogêneo, da mesma forma como o discurso o é.

É possível notar que, do surgimento da Análise de Discurso em 1969 até os dias de hoje, houve algumas alterações teóricas em torno do sujeito, mas, em nenhum momento, ele foi senhor de sua vontade (embora tenha impressão que seja), uma vez que está submetido às formações ideológicas e discursivas e ao seu inconsciente.

Possenti (2005, p. 387) explica que esse assujeitamento não significa negação do sujeito, mas sua dependência. Baseado em Althusser (1918 -1990), o teórico diferencia *Sujeito de sujeito*:

Não há Sujeito, há sujeitos; não há sujeitos da história, há sujeitos na história. Ao dizer que não há Sujeito, o texto de Althusser significa que não existe um ser que satisfaça os predicados tradicionalmente atribuídos a Deus, [...] que não são os homens, considerados em sua concretude, que fazem a história, porque dizer isso levaria este enunciado a compor-se com discursos que aceitam que a história é feita pelos homens [...].

Dessa forma, a Análise de Discurso traz uma ruptura com a concepção de sujeito livre, consciente e tomado como origem. E mais, deixa ainda em aberto uma caracterização específica desse sujeito, podendo ser: um sujeito em sua situação; um sujeito tático; um sujeito mais usuário do que consumidor; um sujeito com competência discursiva (POSSENTI, 2005, p. 388).

Benveniste (1902 – 1976), em 1958, publicou um artigo intitulado *Da Subjetividade na Linguagem*, demonstrando que é na linguagem que o homem se posiciona e constitui como sujeito, apropriando-se de recursos da própria linguagem para isso (como o uso do *eu*, por exemplo).

Se a subjetividade é a forma como o homem se constitui como sujeito e o faz por meio da linguagem, a Análise de Discurso tem o sujeito como conceito essencial para entendimento do discurso. Diante disso, Charaudeau e Maingueneau (2004, p. 457) discorrem:

O sujeito do discurso é uma noção necessária para precisar o estatuto, o lugar e a posição do sujeito falante (ou do locutor) com relação a sua atividade linguageira. Ela leva a considerar as relações que o sujeito mantém com os dados da situação de comunicação na qual ele se encontra, os procedimentos de discursivização, assim como os saberes, opiniões e crenças que possui e que supõe serem compartilhados pelo seu interlocutor. Sua competência não é simplesmente linguística, ela é ao mesmo tempo comunicacional, discursiva e linguística.

O homem não é livre para fazer o que quiser, já que não se livra do outro para ser ele mesmo, mas reinventa constantemente a relação de alteridade com o outro na formação dos acontecimentos. Desse modo, Brandão (2004, p. 110) afirma:

Na perspectiva da análise do discurso, a noção de sujeito deixa de ser uma noção idealista, imanente; o sujeito da linguagem não é o sujeito em si, mas tal como existe socialmente, interpelado pela ideologia. Dessa forma, o sujeito não é a origem, a fonte absoluta do sentido, porque na sua fala outras falas se dizem [...].

Então, o sujeito na Análise de Discurso, não é centralizado nele mesmo, mas é fruto de uma relação dinâmica entre ele e a alteridade, ou seja, no espaço discursivo entre o que produz e o que recebe o ato discursivo (os interlocutores).

E Charaudeau e Maingueneau (2004, p. 458) completam:

Ele (sujeito) se desdobra na medida em que é levado a desempenhar alternativamente dois papéis de bases diferentes: papel de sujeito que produz um ato de linguagem e o coloca em cena, imaginando como poderia ser a reação de seu interlocutor, e papel do sujeito que recebe e deve interpretar um ato de linguagem em função do que ele pensa a respeito do sujeito que produziu esse ato.

Em razão disso, Orlandi (2003, p. 45) diz que “[...] não há sentido sem interpretação, [...]” e isso comprova a existência da ideologia, que merece uma definição discursiva, lembrando que a Análise de Discurso ressignifica a noção de ideologia pela linguagem. Sobre a relação entre sujeito e ideologia, a teórica, ainda, esclarece:

Pela interpelação ideológica do indivíduo em sujeito inaugura-se a discursividade. [...] a interpelação do indivíduo em sujeito pela ideologia traz necessariamente o apagamento da inscrição da língua na história para que ela signifique produzindo o efeito de evidência do sentido e a impressão do sujeito ser a origem do que diz. (ORLANDI, 2003, p. 48)

A ideologia é uma função necessária entre a linguagem e o mundo. O sentido é uma relação determinada do sujeito com a história, afetado pela língua. Por essa razão, não há discurso sem sujeito, não há sujeito sem ideologia. (ORLANDI, 2003, p. 47).

Para Pêcheux e Fuchs (1975, p.165):

A região da ideologia deve ser caracterizada por uma materialidade específica articulada sobre a materialidade econômica: mais particularmente o funcionamento da instância ideológica deve ser concebido como “determinado em última instância” pela instância econômica, na medida em que aparece como uma das condições (não-econômicas) da reprodução da base econômica, mais especificamente das relações de produção inerentes a esta base econômica.

Os sentidos e os sujeitos são constituídos no discurso, por meio da interpelação ideológica. Serão a ideologia (relação com o poder) e o inconsciente (relação com o desejo), que os constituirão.

Para a Análise de Discurso, a ideologia é um conceito central. Althusser (1918 – 1990) teorizou que ela representa uma relação imaginária dos indivíduos com sua existência, que se concretiza materialmente em aparelhos e práticas.

Portanto, está ligada ao inconsciente pela interpelação dos indivíduos em sujeitos. (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2004, p. 267-268).

A grande contribuição da teoria de Althusser para a Análise de Discurso é seu conceito de *ideologia*, em que relaciona o Marxismo à Psicanálise. Essa concepção origina-se da noção de *inconsciente* e das estruturas sociais, as quais são derivadas do que o filósofo denominou de *Aparelhos Ideológicos do Estado*.

Os *Aparelhos Ideológicos do Estado* representam realidades sociais, na forma de instituições que remetem ao domínio privado, por exemplo: a religião, a escola, a família, a política, o sindicalismo, o jurídico, a cultura, a informação. Eles regulam seu funcionamento e maneira de ação, sendo caracterizados pela pluralidade.

Há, também, o *Aparelho Repressivo do Estado* – que compreende o governo (Legislativo, Executivo, Judiciário), a polícia, a administração, o exército – e funciona por forma de coerção para imposição de limites. Considerando essas duas noções althusserianas, Brandão (2004, p. 23) disserta:

Althusser afirma que, para manter sua dominação, a classe dominante gera mecanismos de perpetuação ou de reprodução das condições materiais, ideológicas e políticas de exploração. É aí que entra o papel do Estado que, através de seus Aparelhos Repressores – ARE – [...] e Aparelhos Ideológicos – AIE – [...], intervém ou pela repressão ou pela ideologia, tentando forçar a classe dominada a submeter-se às relações e condições de exploração.

A ideia central da teoria de Althusser é que toda ideologia tem por função constituir indivíduos concretos em sujeitos. Assim, “a ideologia representa a relação imaginária de indivíduos com suas reais condições de existência”; “a ideologia tem uma existência porque existe sempre num aparelho e na sua prática ou suas práticas”; e “a ideologia interpela indivíduos como sujeitos”. (BRANDÃO, 2004, p. 24-25).

Por tudo isso, Orlandi (2003, p. 48) diz que linguagem, sentidos e sujeitos não são transparentes, uma vez que “eles têm sua materialidade e se constituem em processos em que a língua, a história e a ideologia concorrem conjuntamente”.

Com relação ao *testamento vital*, é possível já relacionar alguns dos Aparelhos Ideológicos do Estado que o envolvem: o jurídico, o religioso, o profissional. Além do Aparelho Repressivo do Estado, que por meio de leis, regula, coercitivamente, as relações sociais e torna legítimas suas atitudes. No momento em

que estivermos fazendo a análise do *corpus*, essas práticas significativas serão desenvolvidas.

2.4.2 Condições de Produção e Interdiscurso

Para Pêcheux (1993, p.79), é impraticável a Análise de Discurso sem considerar suas condições de produção. Em suas palavras:

[...] é impossível analisar um discurso como um texto, isto é, como uma sequência linguística fechada sobre si mesma, mas que é necessário referi-lo ao conjunto de discursos possíveis a partir de um estado definido das condições de produção [...]

Em Análise de Discurso, tratar de condições de produção do discurso, demonstra primeiramente sua ruptura com a Pragmática, que considera o exterior (o contexto) do texto, mas em situações bem convencionais. O que a Pragmática chama de *circunstâncias* num discurso, a Análise de Discurso tratará por condições de produção, considerando contexto e situação.

Orlandi (2003, p. 30) explica: “O que são pois as condições de produção? Elas compreendem fundamentalmente os sujeitos e a situação. Também a memória faz parte da produção do discurso”. A memória tem suas características quando pensada em relação ao discurso e assim é tratada por interdiscurso.

Há as condições de produção em sentido estrito (circunstâncias da enunciação) e as condições de produção em sentido amplo (contexto sócio-histórico e ideológico). Brandão (2004, p. 105) assim resume condições de produção: “constituem a instância verbal de produção do discurso: o contexto histórico-social, os interlocutores, o lugar de onde falam e a imagem que fazem de si, do outro e do referente.”

Apresentando, também, a definição de *interdiscursividade*, Brandão (2004, p. 107) afirma:

Relação de um discurso com outros discursos. [...] tem um lugar privilegiado no estudo do discurso: ao tomar o interdiscurso como objeto, procura-se apreender não uma formação discursiva, mas a interação entre formações discursivas diferentes. Nesse sentido, dizer que a interdiscursividade é constitutiva de todo discurso é dizer que todo discurso nasce de um trabalho sobre outros discursos.

Desse modo, podemos observar qual é a relação existente entre as condições de produção e o interdiscurso. É o interdiscurso que determina o que, das condições de produção, é relevante para a discursividade. Desenvolvendo o assunto, Orlandi (2003, p. 33) explica:

Pelo funcionamento do interdiscurso, suprime-se, por assim dizer, a exterioridade como tal para inscrevê-la no interior da textualidade. Isso faz com que, pensando-se a relação da historicidade (do discurso) e a história (tal com se dá no mundo), é o interdiscurso que especifica, como diz M. Pêcheux (1983), as condições nas quais um acontecimento histórico (elemento histórico descontínuo e exterior) é suscetível de vir a inscrever-se na continuidade interna, no espaço potencial de coerência próprio a uma memória.

Disso tudo, podemos entender que o sujeito quando enuncia, na realidade seu dizer não é propriedade particular, pois as palavras não são do sujeito (embora ele pense que sejam!). As palavras já significam pela língua e pela história e o sujeito não tem controle sobre o modo pelo qual os sentidos se constituem nele.

Como diz Orlandi (2003, p. 32), “O fato de que há um já-dito que sustenta a possibilidade mesma de todo o dizer, é fundamental para se compreender o funcionamento do discurso, [...]”.

Considerar o interdiscurso proporciona a identificação da memória e da historicidade na significação do discurso. Por isso, vemos que há sempre uma relação entre o já-dito (interdiscurso) e o que se está dizendo (intradiscurso).

Esclarecendo, o interdiscurso é a constituição do sentido formada por todos os dizeres já-ditos e esquecidos presentes no sujeito; o intradiscurso é a formulação, aquilo que está sendo dito em determinadas condições, em um determinado momento.

O discurso é constituído, dessa maneira, pelo interdiscurso (a constituição) e pelo intradiscurso (a formulação). Orlandi (2003, p. 33) resume: “A constituição determina a formulação, pois só podemos dizer (formular) se nos colocamos na perspectiva do dizível (interdiscurso, memória)”. É, portanto, da combinação entre constituição e formulação que são produzidos os sentidos.

Ao abordar o *político*, Sheila Elias de Oliveira, em seu artigo *Sobre o funcionamento do político na linguagem*, desenvolve a seguinte observação:

O *político* na Análise de Discurso diz respeito às *divisões interdiscursivas*, isto é, àquelas que concernem às relações entre o

dizer e sua constituição ideológica, pela inscrição na memória interdiscursiva. (OLIVEIRA, 2004, p. 41)

A relação do discurso com o interdiscurso é que fundamenta o conceito de político, que é caracterizado “[...] pela contradição de uma normatividade que estabelece (desigualmente) uma divisão do real e a afirmação de pertencimento dos que não estão incluídos.” (GUIMARÃES, 2002, p. 16)

Também, vários outros conceitos são analisados, tendo por base o interdiscurso, a constituição do discurso.

Outra diferença importante é a que existe entre *interdiscurso* e *intertexto*. “O interdiscurso é todo o conjunto de formulações feitas e já esquecidas que determinam o que dizemos.” (ORLANDI, 2003, p. 33). Contudo, o sujeito não tem consciência disso. O acesso, a absorção, o esquecimento e o *arquivamento* do que foi dito, passa a fazer sentido para o sujeito, por meio da ideologia e do inconsciente. Assim, nota-se “[...] um jogo de reenvios entre discursos que tiveram um suporte textual, mas de cuja configuração não se tem memória; [...]” (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2004, p. 286).

O intertexto é a relação de um texto com outros textos, que pode gerar diferentes efeitos de sentido, “[...] num jogo de retomadas de *textos configurados* e ligeiramente transformados, [...]” (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2004, p. 286).

Entretanto, o que a Análise de Discurso busca é, por meio da prática de leitura discursiva, atentar para o dito, o não-dito e o já-dito, possibilitar gestos de interpretação, na ideologia materializada no discurso, considerando o primado do interdiscurso sobre o discurso. Em consonância a essas proposições, Charaudeau e Maingueneau (2004, p. 287) argumentam:

[...] a formação discursiva não pode produzir o ‘assujeitamento’ ideológico do sujeito do discurso a não ser na medida em que cada formação discursiva está de fato dominada pelo interdiscurso – o conjunto estruturado das formações discursivas – em que se constituem os objetos e as relações entre esses objetos que o sujeito assume no fio do discurso. É o que o analista do discurso deve pôr em evidência [...].

Podemos assumir, então, que todo discurso é atravessado pela interdiscursividade, estando relacionado com outros discursos e sendo penetrado por esses outros interdiscursos.

Assim, entendemos que as condições de produção explicitam o que condiciona o discurso na sua formação e produção de sentidos. Além disso, desempenham “[...] um papel essencial na construção dos *corpora*, que comportam necessariamente vários textos reunidos em função das hipóteses do analista sobre suas condições de produção consideradas estáveis” (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2004, p. 114).

2.4.3 Textualidade e Discursividade

O estudo dos conceitos essenciais da Análise de Discurso vai, aos poucos, nos conduzindo para os procedimentos de análise, propriamente ditos. Ao vislumbrarmos esses conceitos, passamos já a pensar na parte prática do trabalho do analista.

Uma distinção necessária é a existente entre textualidade e discursividade. Veremos que existe diferença, mas que os termos coexistem.

Guimarães (2011, p. 19-21), afirmando que o homem é um ser simbólico, que suas práticas significam e produzem sentidos e que a prática da linguagem se materializa no texto, explica o que é um texto:

Texto é uma unidade de sentido que integra enunciados no acontecimento de enunciação.

[...] o texto é uma unidade de significação. Ela se caracteriza por produzir sentido, e é isso que faz dela (desta unidade) um texto. O outro aspecto é que esta unidade (o texto) integra enunciados. E é isto que faz com que o texto seja texto e faça sentido.

[...] o texto é uma unidade no sentido de ser algo finito e que se caracteriza por integrar, [...] enunciados.

[...] o texto é uma unidade, mas não tem unidade [...]

“A unidade que se estabelece, pela historicidade, como unidade de sentido em relação à situação”. Não é sua extensão que determina o que é um texto, mas o fato de, ao ser referido à discursividade, constituir uma unidade em relação à situação (ORLANDI, 2003, p. 69).

É por isso, que podemos dizer que um texto fala sempre de outros textos, ou a partir de outros textos, ou de elementos de outros textos, demonstrando a presença de outros dizeres (GUIMARÃES, 2011).

Em Análise de Discurso, a busca é pensar e analisar como se constituem os sentidos, na medida em que são produzidos nos acontecimentos em que os textos são enunciados e no modo como integram enunciados (GUIMARÃES, 2011). Por esse motivo, na Análise de Discurso, precisamos levar o texto ao discurso e esclarecer as relações do discurso com as formações discursivas e destas com a ideologia.

A isso podemos denominar materialidade histórica da linguagem, porque a historicidade não é vista em forma de conteúdo nos textos, mas está contida no texto pelos acontecimentos e pelos sentidos. Na Análise de Discurso, o que importa é a organização da relação da língua com a história (unidade linguístico-histórica), o fato discursivo.

Em convergência a essas ideias, Orlandi (2003, p. 70) analisa:

Compreender como um texto funciona, como ele produz sentidos, é compreendê-lo enquanto objeto linguístico-histórico, é explicitar como ele realiza a discursividade que o constitui.

Ocorre que um texto pode ser atravessado por diversas formações discursivas, fazendo com que o discurso seja uma dispersão de textos e o texto seja uma dispersão do sujeito, que não produz só um discurso.

A Análise de Discurso interessa-se na unidade que permite o acesso ao discurso, percorrendo o caminho em que o discurso se materializa na estrutura do texto. Assim é que o discurso se textualiza.

A relevância do texto para a Análise de Discurso se dá em razão de poder ser tomado como uma “[...] superfície discursiva, uma manifestação aqui e agora de um processo discursivo específico” (POSSENTI, 2005, p. 364).

Para a Análise de Discurso, ao contrário, um texto faz sentido não por sua relação com um contexto, ou em decorrência de conhecimentos que o leitor tenha estocado ou que rememora e coloca em funcionamento ao ler/ouvir, mas por inserção em uma formação discursiva, em função de uma memória discursiva, do interdiscurso, que o texto retoma e do qual é parte. Ou seja, não há propriamente texto, concebido como uma unidade; o que há são linearizações concretas (materiais) de discursos.

Daí surge outro conceito, o de *memória discursiva*, que nada mais é senão a existência histórica do enunciado no interior de práticas discursivas reguladas por

aparelhos ideológicos. É a memória que faz intervir o interdiscurso. (POSSENTI, 2005).

Charaudeau e Maingueneau (2004, p. 325) afirmam que “o discurso tem relação com a memória de maneira constitutiva, em dois planos complementares: o da *textualidade* e o da *história*”. No caso da história (que mais interessa para a Análise de Discurso), estamos falando do interdiscurso, da memória de outros discursos (externa e interna), que não é psicológica, mas é inseparável do modo de existência de cada formação discursiva, que administra essa memória.

Diante do acima exposto, na Análise de Discurso, o analista observa o discurso e o texto. O resultado da análise é a compreensão dos processos de produção de sentidos e de constituição dos sujeitos em suas posições, proporcionando ao pesquisador as indicações de que ele necessita, e permanecem abertos a novas análises. (ORLANDI, 2003).

2.4.4 Formações Discursivas e Formações Ideológicas

“As formações discursivas, por sua vez, representam no discurso as formações ideológicas” (Orlandi, 2003, p. 43). Vamos, agora, desenvolver os conceitos de formação discursiva e de formação ideológica, considerando que o analista de discurso, ao observar as condições de produção e verificar o funcionamento da memória, leva o texto a uma formação discursiva para poder compreender o sentido.

Em Análise de Discurso, a busca pelo sentido também rompe com as tradições linguísticas e filosóficas em geral, pois o sentido se resolve na medida em que uma delas pode ser substituída por outra, no interior de uma formação discursiva. Possenti (2005, p. 371) destaca:

Assim, o sentido é um efeito da substituíbilidade das expressões, sendo que o conjunto delas produz (pode produzir) um efeito de referência, ou seja, de identificar objetos do mundo a partir de uma visão entre outras, que pode ser tudo, menos “objetiva”.

Ao tratarmos das fases da Análise de Discurso, anteriormente, vimos que na segunda fase (1975 – 1980), é o conceito de formação discursiva que desencadeia o processo de transformação na concepção do objeto de análise na Análise de Discurso. Quem primeiro usou o termo formação discursiva foi Foucault (1926 –

1984), na obra *Arqueologia do Saber* (1969), termo que Pêcheux (1938 – 1983) agregou à Análise de Discurso.

Paul Henry, em nota de rodapé, componente do artigo *Os fundamentos teóricos da Análise Automática do Discurso de Michel Pêcheux*, sobre as contribuições dos dois filósofos no que tange ao conceito de formação discursiva, observa:

Existem muitos pontos de contato entre aquilo que Michel Foucault elaborou no que se refere ao discurso e aquilo que fez Michel Pêcheux, pelo menos no nível teórico (por exemplo, encontra-se em Foucault uma noção de “formação discursiva” que tem alguns pontos em comum com aquela de Pêcheux), e em particular no nível prático (Foucault nunca tentou elaborar um dispositivo operacional de análise do discurso) [...] Pêcheux partilhava com Foucault um interesse comum pela história das ciências e das idéias que pode explicar por que ambos, mais do que qualquer outro autor, focalizaram o discurso (1993, p. 38).

É importante esclarecer os encontros e os distanciamentos do conceito de formação discursiva para Foucault e para Pêcheux. Em uma análise simples do surgimento da noção de formação discursiva para a Análise de Discurso, vemos que o termo foi primeiramente utilizado por Foucault e posteriormente por Pêcheux com algumas diferenças.

Roberto Leiser Baronas, em seu artigo *Formação Discursiva e Discurso em Foucault e em Pêcheux: notas de leitura para discussão* (2011), esclarece:

Para Foucault a formação discursiva é vista como um conjunto de enunciados que não se reduzem a objetos linguísticos, tal como as proposições, atos de fala ou frases, mas *submetidos* a uma mesma regularidade e dispersão na forma de uma ideologia, ciência, teoria, etc.

[...]

Já em Pêcheux o conceito, gestado no ventre do marxismo/althusserianismo, aparece como “aquilo que pode e deve ser dito (articulado sob a forma de uma arenga de um sermão, de um panfleto, de uma exposição, de um programa, etc.) a partir de uma posição dada na conjuntura social” (Pêcheux, 1975, p.188).

Baronas (2011) elucida, também, que há controvérsias teóricas com relação à *fundação* do conceito de formação discursiva, pois embora a maioria dos estudiosos afirme que Pêcheux desenvolveu o conceito a partir de Foucault, em uma atenta leitura nas obras de ambos, é possível observar que Pêcheux já tratava de

formação discursiva antes de Foucault, porém não utilizando a terminologia, mas a ideia. Abaixo, apresentamos os apontamentos feitos pelo estudioso:

Chamo atenção para o fato de que o conceito *formação discursiva* embora não esteja desenvolvido, está enunciado desde 1968, data da publicação do artigo de Culioli, Pêcheux e Fuchs. O que me possibilita asseverar que, pelo menos no seu processo de gestação, esse conceito não veio da *A Arqueologia do Saber* de Michel Foucault, cuja primeira publicação data de 1969. Embora as discussões sobre *A Arqueologia do Saber* estivessem latentes entre a *intelligentsia* francesa, mesmo antes de sua publicação, penso que esse conceito tenha derivado do paradigma marxista *formação social, formação ideológica* e, a partir daí, *formação discursiva*. É possível então asseverar que essa noção tem uma paternidade partilhada: inicialmente a de Pêcheux em 1968 e depois a de Foucault em 1969. (BARONAS, 2011, n.p)

Foucault (2008, p.43) esclarece a que está relacionada a noção de formação discursiva:

No caso em que se puder descrever, entre um certo número de enunciados, semelhante sistema de dispersão, e no caso em que entre os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos, as escolhas temáticas, se puder definir uma regularidade (uma ordem, correlações, posições e funcionamentos, transformações), diremos, por convenção, que se trata de uma *formação discursiva*.

Assim considerada, uma formação discursiva estabelece regras de formação que determinam o que pertence e o que não pertence ao discurso. Essa ideia de pertencimento (mecanismo interno) e não pertencimento (mecanismo externo) em uma formação discursiva, mostra a invasão de uma formação discursiva por outras. Com base nisso, Mussalim (2005, p. 119) declara:

Uma FD determina o que pode/deve ser dito a partir de um determinado lugar social. [...] o espaço de uma FD é atravessado pelo “pré-construído”, ou seja, por discursos que vieram de outro lugar [...] e que são incorporados por ela em uma relação de confronto e aliança.

Maingueneau (1997, p. 14), também, contribui:

Nesta perspectiva, não se trata de examinar um corpus como se tivesse sido produzido por um determinado sujeito, mas de considerar sua enunciação como o correlato de uma certa posição sócio-histórica na qual os enunciadores se revelam substituíveis.

Assim, nem os textos tomados em sua singularidade, nem os corpus tipologicamente pouco marcados dizem respeito verdadeiramente à AD.

Como a formação discursiva é atravessada por outra ou outras formações discursivas, não existe nela um princípio de unidade, mas sim uma dispersão, sendo justamente essa dispersão que o analista de discurso deve encontrar buscando estabelecer as regras de formação de cada formação discursiva.

Resumidamente, Brandão (2004, p. 106) conceitua formação discursiva:

Conjunto de enunciados marcados pelas mesmas regularidades, pelas mesmas “regras de formação”. A formação discursiva se define pela sua relação com a formação ideológica, isto é, os textos que fazem parte de uma formação discursiva remetem a uma mesma formação ideológica. A formação discursiva determina “o que pode e deve ser dito” a partir de um lugar social historicamente determinado. Um mesmo texto pode aparecer em formações discursivas diferentes, acarretando, com isso, variações de sentido.

Por isso, os sentidos são sempre determinados ideologicamente no discurso (a ideologia materializada no discurso), por meio do interdiscurso (palavras que falam com outras palavras; a metáfora).

Orlandi (2003, p. 44) afirma: “o sentido existe exclusivamente nas relações de metáfora [...] das quais uma formação discursiva vem a ser historicamente o lugar mais ou menos provisório”. Além disso: “Palavras iguais podem significar diferentemente porque se inscrevem em formações discursivas diferentes.”

Charaudeau e Maingueneau (2004, p. 240) explanam que a noção de formação discursiva foi introduzida por Foucault, como já dissemos, e foi reformulada por Pêcheux em seus estudos da Análise de Discurso. E detalham:

[...] ele (Pêcheux) propunha que toda “formação social”, caracterizável por uma certa relação entre as classes sociais, implica a existência de “posições políticas e ideológicas, que não são feitas de indivíduos, mas que se organizam em formações que mantêm entre si relações de antagonismo, de aliança ou de dominação”. Essas formações ideológicas incluem “uma ou várias formações discursivas interligadas, que determinam o que pode e deve ser dito [...] a partir de uma posição dada em uma conjuntura dada” (Haroche, Henry e Pêcheux, 1971, p. 102).

Se em sua definição de formação discursiva, Pêcheux empresta o termo desenvolvido por Foucault, e ao conceituar formação ideológica, influencia-se por

Althusser, em seus estudos sobre ideologia – os Aparelhos Ideológicos do Estado, como já vimos -, para chegar à representação do exterior da língua.

Sobre o assunto, conclui Baronas (2011, n.p.):

[...] aproximar Pêcheux e Foucault no tocante as noção de formação discursiva e de discurso é muito problemático, sobretudo do ponto de vista teórico, visto que as bases epistemológicas que sustentam os seus trabalhos são distintas. Enquanto o primeiro tem em suas bases epistemológicas o *marxismo-leninismo*, que não separa a luta de classes das classes, o segundo se inscreve em uma tendência historicista, que defende uma separação entre classes e lutas de classes.

O conceito de formação ideológica é resumido por Brandão (2004, p. 107):

É constituída por um conjunto complexo de atitudes e representações que não são nem individuais, nem universais, mas dizem respeito, mais ou menos diretamente, às posições de classe em conflito umas com as outras (Haroche et al.). Cada formação ideológica pode compreender várias formações discursivas interligadas.

Com base nos conceitos de *formação discursiva* e formação ideológica, é possível perceber que os sentidos no discurso são sempre definidos pela ideologia relacionada com o interdiscurso e estão constituídos nas e pelas formações discursivas. “Os sentidos não estão predeterminados na língua. O estudo do discurso explicita a maneira como linguagem e ideologia se articulam, se afetam em sua relação recíproca” (ORLANDI, 2003, p. 43).

Por isso, na Análise de Discurso o relevante não é o sujeito por si só, mas o lugar ideológico de onde ele enuncia. As formações discursivas são esses lugares, esses espaços ideológicos nos quais o discurso e a ideologia se articulam.

Refletindo, também, sobre o conceito de formação discursiva, Schermack e Freitas (2012, p. 48) observam:

Nesse prisma, entende-se a formação discursiva como um componente das formações ideológicas, que agem no interior de certa realidade social, ou como fator determinante do que deve ou não ser dito em diferentes circunstâncias sócio-históricas e ideológicas.

[...]

Cabe a AD analisar esses discursos inscrevendo-os na relação da língua com a história, buscando na materialidade linguística, as marcas ideológicas e sociais.

A formação discursiva é lugar da constituição do sentido e da identificação do sujeito. É na produção de uma formação discursiva que as palavras recebem sentido. E é por meio da formação discursiva que a formação ideológica se projeta na linguagem. Dessa maneira, sujeito, sentido, ideologia e linguagem estão intimamente ligados em termos discursivos.

2.4.5 Processos de Produção de Sentido

Vamos, agora, tratar de alguns processos de produção de sentido, como a paráfrase, a polissemia, os esquecimentos e o silêncio.

Charaudeau e Maingueneau (2004, p. 366) tratam a *paráfrase* como uma relação de equivalência entre dois enunciados, podendo um deles ser a reformulação do outro ou não. Os autores apontam que a paráfrase marca a heterogeneidade no discurso (mostrada ou constitutiva):

A equivalência se exprime em termos de co-referência, e mesmo de anáfora. Ela pode ser semântica e articular-se na presença conjunta, nas duas expressões, de um nó semântico comum e de semantismos diferenciais [...]. Por esta razão, a paráfrase não poderia provir da sinonímia, na medida em que ela convida à deformidade do sentido em discurso [...].

Em Análise de Discurso, podemos dizer que no funcionamento da linguagem, existem cópias, transformações e ampliações, mas não criações. É nessa ideia que existe a paráfrase (estabilização: o mesmo) e a polissemia (deslocamento: o diferente). Orlandi (2003, p. 36), trata do processo parafrástico e do processo polissêmico, explicando:

Os processos parafrásticos são aqueles pelos quais em todo dizer há sempre algo que se mantém, isto é, o dizível, a memória. [...] na polissemia, o que temos é deslocamento, ruptura de processos de significação. Ela joga com o equívoco.

Dissemos, estudando a formação discursiva, que sujeito, ideologia, sentido e linguagem, não são instâncias prontas e acabadas, mas que estão sempre em movimento, que são incompletos. Então, dependendo de como trabalhem entre a paráfrase e a polissemia, é que serão afetados pela língua, irão se inscrever na história, fazendo sentido e criando sujeitos.

Orlandi (2003, p. 37) destaca a importância da diferença entre criatividade e produtividade. Pelas paráfrases, “[...] a produtividade mantém o homem num retorno constante ao mesmo espaço dizível: produz a variedade do mesmo”. Mas a criatividade “[...] implica na ruptura do processo de produção da linguagem, pelo deslocamento das regras, fazendo intervir o diferente, [...]”.

Sendo assim, a paráfrase representa o *mesmo*, a raiz do sentido, a repetição; a polissemia é o *diferente*, é de onde emana a linguagem. O analista de discurso precisa compreender como a ideologia e a língua interagem, produzindo sentidos e constituindo sujeitos, nesse jogo entre paráfrase e polissemia.

Por isso que, especialmente na terceira fase da Análise de Discurso, que iniciou em 1980, como já vimos anteriormente, a questão do interdiscurso é de fundamental importância para marcar o sujeito. Por que chamado de *sujeito*, em Análise de Discurso? Porque ele se sujeita à ideologia, que nele se manifesta e o faz heterogêneo, clivado, dividido, assujeitado, interpelado.

Evidência disso são os esquecimentos tratados por Pêcheux e Fuchs, quando escreveram “A propósito da análise automática do discurso: atualização e perspectivas” em 1975, destacados por Mussalim (2006, p. 135):

Segundo os autores, o sujeito se ilude duplamente: a) por “esquecer-se” de que ele mesmo é assujeitado pela formação discursiva em que está inserido ao enunciar (esquecimento n. 1); b) por crer que tem plena consciência do que diz e que por isso pode controlar os sentidos de seu discurso (esquecimento n. 2).

Esse é o assujeitamento ideológico do sujeito, pois ele não tem consciência disso, acha que é autor do seu discurso (ilusão referencial), mas está ocupando seu lugar na ideologia de uma determinada formação social. O sujeito é assujeitado pelas formações discursivas e enuncia num espaço discursivo marcado pela ideologia.

Sobre os esquecimentos, Pêcheux ([1975] 2014, p.161) ainda, declara:

Apoiando-nos em uma interpretação da primeira tópica freudiana havíamos [...] utilizado a oposição entre ‘sistema pré-consciente-consciente’ e o ‘sistema inconsciente’ para definir dois tipos radicalmente diferentes de ‘esquecimentos’ inerentes ao discurso.

Orlandi (2003, p. 35), ao cuidar dos esquecimentos que marcam a constituição dos sujeitos e dos sentidos do discurso (o esquecimento estrutura o discurso), afirma:

O esquecimento número um, também chamado de esquecimento ideológico: ele é da instância do inconsciente e resulta do modo pelo qual somos afetados pela ideologia.

O esquecimento número dois, que é da ordem da enunciação: ao falarmos, o fazemos de uma maneira e não de outra, e, ao longo de nosso dizer, formam-se famílias parafrásticas que indicam que o dizer sempre podia ser outro.

Sobre os esquecimentos, é relevante que apresentemos as ideias de Pêcheux ([1975] 2014, p.162), teórico que inaugura os dois conceitos. Em suas próprias palavras :

[...] possuía a vantagem de explicar o fato de que não há fronteira ou solução de continuidade ‘no interior’ de uma formação discursiva, de modo que o acesso ao ‘não-dito’ como ‘dito de outro modo’ (aceito ou rejeitado) permanece constitutivamente aberto. Por outro lado, essa interpretação nos permitia dar conta da impressão de realidade de seu pensamento para o sujeito-falante (‘eu sei o que estou dizendo’, ‘eu sei do que estou falando’), impressão deflagrada pela abertura constitutiva da qual esse sujeito se utiliza constantemente através do retorno sobre si o fio de seu discurso, da antecipação de seu efeito e da consideração da discrepância introduzida nesse discurso pelo discurso de um outro (como próprio outro) para explicitar e se explicitar a si mesmo o que ele diz e ‘aprofundar o que ele pensa’.

Desse modo, no nível ideológico e no nível da enunciação, língua e história afetam o sujeito e o sentido, que permanecem em movimento, enunciando palavras e “[...] significando sempre de muitas e variadas maneiras. Sempre as mesmas mas, ao mesmo tempo, sempre outras” (ORLANDI, 2003, p. 36).

Isso faz todo sentido, quando lembramos que um discurso é atravessado por várias formações discursivas, pois os esquecimentos estruturam a constituição dos sentidos e dos sujeitos, que são dispersos no texto.

Um derradeiro aspecto que vamos analisar tratando dos conceitos essenciais da Análise de Discurso é o silêncio, como produtor de sentidos, visto que “sem silêncio não há sentidos” (ORLANDI, 2007, p. 45). Na obra *As formas do silêncio: no movimento dos sentidos* (2007), Eni P. Orlandi mostra que há silêncio nas palavras – “as próprias palavras transpiram silêncio” (2007, p.11) – e que seu

conceito é diferente de *implícito* e de *não-dito*. Ressaltando a relevância do estudo do silêncio em Análise de Discurso, a autora assegura:

Com efeito, através da reflexão sobre o silêncio, reflexão que tem como base a formulação de questões que pensassem o “não-dito” discursivamente, para que se tornassem visíveis aspectos deste que não aparecem no tratamento linguístico ou pragmático dado a ele, também alguns aspectos da análise de discurso se tornaram mais claros. (ORLANDI, 2007, p. 15)

Como já vimos, o discurso é o lugar do encontro da ideologia com a materialidade da língua e a materialidade da história. E se é significativa a contribuição da Análise de Discurso em observar a construção do imaginário na produção do sentido, o silêncio não é mero complemento na linguagem, ele tem significância própria, desse modo, “compreendemos que há uma relação fundamental (fundadora) entre o homem e o silêncio, em face da significação” (ORLANDI, 2007, p. 40).

Orlandi (2007, p. 24) distingue o silêncio fundador e a política do silêncio (silêncio constitutivo e silêncio local). O primeiro é aquele que existe nas palavras, um recuo significativo produzindo condições para significar. Na política do silêncio, o constitutivo indica que uma palavra necessariamente apaga outras palavras; enquanto o local é a censura. Sobre o silêncio constitutivo, a teórica, ainda, esclarece:

O silêncio constitutivo pertence à própria ordem de produção do sentido e preside qualquer produção de linguagem. Representa a política do silêncio como um efeito de discurso que instala o antiimplícito: se diz ‘x’ para não (deixar) dizer ‘y’, este sendo o sentido a se descartar do dito. É o não-dito necessariamente excluído. Por aí se apagam os sentidos que se quer evitar, sentidos que poderiam instalar o trabalho significativo de uma ‘outra’ formação discursiva, uma ‘outra’ região de sentidos. O silêncio trabalha assim os limites das formações discursivas, determinando conseqüentemente os limites do dizer. (ORLANDI, 1992, p.76)

Refletir sobre o silêncio em Análise de Discurso, aguça a análise dos efeitos contraditórios que existem entre o dizer e o não-dizer, pois os sentidos chegam ao discurso provenientes de muitos lugares. O silêncio é um deles. E Orlandi (2007, p. 25) completa: “Podemos enfim dizer que há um ritmo no significar que supõe o

movimento entre silêncio e linguagem”. Nessa perspectiva, “dizer e silenciar andam juntos” (ORLANDI, 2007, p.53).

Orlandi (1989, p. 39), tratando sobre o silêncio e o implícito em *Análise de Discurso*, diz que o silêncio não é transparente, que tem espessura e instaura processos significativos complexos, por isso não é o mesmo que não-dito. O silêncio significa, não fala. Ao diferenciar esses conceitos, a pesquisadora destaca:

O implícito é o não-dito que se define em relação ao dizer. O silêncio, ao contrário, não é o não-dito, que sustenta o dizer mas é aquilo que é apagado, colocado de lado, excluído.
[...] o silêncio trabalha os limites das diferentes formações discursivas, isto é, trabalha o jogo da contradição de sentidos e da identificação do sujeito. (ORLANDI, 2007, p. 102-103)

Analisando a linguagem sob a ótica da significação e não da fala, observamos que o homem sempre significa, mas nem sempre fala. Assim, existem as maneiras de significar pelo silêncio. Os processos de significação podem ser explicitados e seus sentidos podem ser compreendidos, pelo silêncio. Grande estudiosa do silêncio no discurso, Orlandi (1995) argumenta:

A fala divide o silêncio, organiza-o. O silêncio é disperso e a fala é voltada para a unicidade e as entidades discretas. O modo de significar da linguagem já é domesticação do sentido selvagem do silêncio com seus segmentos visíveis e funcionais que tornam a significação calculável. O silêncio, ao contrário, se apresenta como absoluto, contínuo, disperso. A linguagem supõe, pois, a transformação da matéria significante por excelência (o silêncio) em significados apreensíveis, verbalizáveis. Matérias e formas. [...] No silêncio, o sentido se faz em seu percurso, a palavra segue seu curso, o sujeito cumpre a relação de sua identidade e de sua diferença, pois o traço comum entre a errância do sentido, a itinerância do sujeito e o correr do discurso é justamente o movimento. (ORLANDI, 1995, p. 37-38)

Maria Fernanda Ribeiro, em postagem no *blog* do jornal *Folha de S. Paulo* – *Morte sem Tabu*, em 12/04/2016, relatando sensações sobre a perda do pai, escreve:

Dele herdei o gosto pelas músicas matinais aos domingos, pela leitura incessante, pela política, pelos ideais humanitários, pelas notícias, por contemplar as estrelas no céu, por cultivar plantas e **por apreciar o silêncio**, onde muitas vezes apenas as notas musicais recebem a permissão para adentrar o seu mundo e à sua alma. (grifo da autora)

Esse é um exemplo de como o silêncio significa. É importante, apreciado. Tanto que faz sentido na introspecção do apreciador, significa na sua subjetividade. Apesar de não trazer uma abordagem discursiva do silêncio, como faz Orlandi, o exemplo nos leva a refletir sobre a propriedade do silêncio em produzir sentidos e significar sujeitos em nosso cotidiano. Sobre o assunto, a autora defende:

[...] não é que há sentidos que não se possa significar. Há, sim, uma necessidade do sentido que só significa pelo silêncio, e não por palavras. Pois bem, há uma necessidade no sentido, em sua materialidade, que só significa por exemplo na música, ou na pintura etc. Não se é pintor, músico, literato, indiferentemente. São diferentes relações com os sentidos que se instalam. São diferentes posições do sujeito, são diferentes sentidos que se produzem. [...] A noção de consistência significativa [...] é fundamental para se entender a necessidade material das diferentes linguagens. Há sentidos que precisam ser trabalhados na música, outros, na pintura, outros na literatura. Para que signifiquem consistentemente. (ORLANDI, 1995, p. 39-40)

Dessa maneira, “ao significar, o silêncio estabelece um horizonte para a necessidade histórica do sentido, ou seja, coloca o sentido em estado de iminência” (AUGUSTINI; RODRIGUES, 2011, p.113)

Sobre o silêncio como produtor de significação, Orlandi (2005, p. 128), ainda, postula:

Há uma diferença radical entre estar no sentido com palavras e estar no sentido em silêncio. Isto faz parte de nossa forma de significar, de nossa maneira de estabelecer uma relação com o mundo. Com as coisas, com as pessoas, com nós mesmos, com a realidade natural e social. Esta possibilidade de movimento, deslocamento das palavras entre presença e ausência produz uma relação fundamental entre a linguagem e o tempo, um ritmo entre o dizer e o silêncio, característica de todo processo de significação. Existe uma temporalidade da significação que implica uma relação (um batimento) entre o dizer e o não-dizer.

Cabe ao analista observar o que não está sendo dito e o que não pode ser dito (censura), pensando sob o foco da Análise de Discurso, para que haja a compreensão dos sentidos e dos sujeitos em sua relação com o simbólico, a ideologia e o inconsciente (ORLANDI, 2003, p. 84). Sempre lembrando que o discurso é efeito de sentidos.

Para finalizarmos esta reflexão, abordando o silêncio como processo constitutivo de sentido, recorreremos, novamente, às palavras de Orlandi, quando

afirma: “O silêncio é. Ele *significa*. Ou melhor: no silêncio, o sentido é” (ORLANDI, 2007, p.31).

Passamos, agora, para a análise do objeto de estudo dessa tese, o *testamento vital* da médica Ana Claudia de Lima Quintana Arantes, buscando elucidar como esse objeto se estabelece discursivamente.

3 ANÁLISE DO CORPUS: CONTRIBUIÇÕES PARA O DIREITO

Este capítulo tem por objetivo analisar o *testamento vital* da médica Ana Claudia de Lima Quintana Arantes, sob a ótica da Análise de Discurso francesa, fundamentação teórico-metodológica que possibilita gestos de interpretação, mediante a análise do funcionamento da subjetividade que surge de/em determinadas condições de produção. Assim, Lagazzi (1989, p. 151) afirma:

Na perspectiva discursiva, o individual e o social não se separam. A relação única que cada sujeito estabelece com a linguagem se coloca no interior do processo social que a constitui. Cada história se ‘marca’ em lugares diferentes, mas uma mesma ‘marca’ pode se colocar como um espaço de subjetividade onde todo sujeito se mostra quando a enuncia em determinadas ‘condições de produção’. Uma marca linguística não é exclusiva de nenhum discurso, repetindo-se nas mais diversas situações de linguagem. No entanto, um mesmo funcionamento dessa marca é exclusivo de certas condições de produção. O que podemos analisar, pois, não são ‘marcas de subjetividade’, mas ‘**funcionamento da subjetividade**’.

Deslocando o sujeito para o interior do social, do histórico, do ideológico é que se torna possível quebrar a unicidade e a homogeneidade que mantém a ilusão subjetiva, trazendo à tona contradições que constituem o sujeito. (LAGAZZI, 1989, p. 162).

Sobre a pesquisa em Análise de Discurso, declara Gregolin (1995, p. 20):

Empreender a análise do discurso significa tentar entender e explicar como se constrói o sentido de um texto e como esse texto se articula com a história e a sociedade que o produziu. O discurso é um objeto, ao mesmo tempo, lingüístico e histórico; entendê-lo requer a análise desses dois elementos simultaneamente.

Dessa maneira, a ideologia materializa-se no discurso, que é a relação entre língua (materialidade significante) e história. A materialidade é o modo significante

pelo qual o sentido se formula. E o sentido é o efeito de um trabalho simbólico sobre a cadeia de significante na história. (Lagazzi, 2010).

Para iniciarmos a análise do *corpus*, repetimos a transcrição do *testamento vital* da médica Ana Claudia de Lima Quintana Arantes:

"Eu, Ana Cláudia Arantes, diante de uma situação de doença grave em progressão e fora de possibilidade de reversão, apresento minhas diretrizes antecipadas de cuidados à vida. Se chegar a padecer de alguma enfermidade manifestamente incurável, que me cause sofrimento ou me torne incapaz para uma vida racional e autônoma, faço constar, com base no princípio da dignidade da pessoa humana e da autonomia da vontade, que aceito a terminalidade da vida e repudio qualquer intervenção extraordinária, inútil ou fútil. Ou seja, qualquer ação médica pela qual os benefícios sejam nulos ou demasiadamente pequenos e não superem os seus potenciais malefícios. As diretrizes incluem os seguintes cuidados: admito ir para a UTI somente se tiver alguma chance de sair em menos de uma semana; não aceito que me alimentem à força. Se não puder demonstrar vontade de comer, recuso qualquer procedimento de suporte à alimentação; não quero ser reanimada no caso de parada respiratória ou cardíaca. Quero um beijo de boa-noite e de bom-dia. Sei que meu corpo pode estar frágil e muito diferente de mim. Mas, acreditem, estarei nele; quero tomar banho todos os dias, com água quente. Quero privacidade. Que as portas do quarto e as janelas estejam fechadas; ninguém deverá sentir pena de mim. Ao contrário, ao me verem, as pessoas não de dizer: 'Que sorte morrer assim'."

3.1 TESTAMENTO VITAL: LUGAR DE SENTIDOS E CONTRADIÇÕES

Na obra *Estudos em Homenagem a Ivette Senise Ferreira*, publicada em 2015, Otávio Luiz Rodrigues Junior, em seu artigo "Diretivas Antecipadas de Vontade: questões jurídicas sobre seu conceito, objeto, fundamento e formalização", discorre sobre o equívoco da nomenclatura *testamento vital*, mesmo considerando sua inegável popularização (RODRIGUES JUNIOR, 2015, p. 382).

Juridicamente, segundo Tartuce (2016, p. 335), um *testamento* é definido por:

[...] um negócio jurídico unilateral, personalíssimo e revogável pelo qual o testador faz disposições de caráter patrimonial ou extrapatrimonial, **para depois de sua morte**. Trata-se do ato sucessório de exercício da autonomia privada por excelência. (grifo nosso)

Podemos observar que o *testamento vital*, embora tenha recebido essa nomenclatura, na verdade, não se trata de um *testamento* na consideração jurídica do termo, pois o *testamento* contém expressão de vontade para depois da morte do testador, enquanto que o *testamento vital* produz efeitos ainda antes da morte da pessoa, particularmente, nos casos em que o paciente é terminal.

A pessoa que manifesta vontade no *testamento vital* exerce a liberdade de decidir sobre sua saúde e o tratamento a que deseja ser submetido, ou não, antecipando uma eventual impossibilidade psíquica e/ou física de fazer depois. Tartuce (2016, p. 404), ainda, complementa:

[...] o que se percebe é que a expressão *testamento vital* ou biológico não é correta quanto à categorização jurídica, pois o que se propõe não é um *testamento* em si. Por isso, sugerimos que a sua denominação, na prática, seja alterada para *declaração vital* ou *biológica*, termos que melhor explicam essa categoria que está em amplo debate nos meios jurídicos nacionais.

Ocorre que, como sabemos, a partir do momento em que uma coisa ou um fato recebe um nome e esse nome se populariza, grande é a improbabilidade de alteração posterior.

Rodrigues Junior (2015, p. 383) explica que o *testamento vital* não se enquadra no campo do Direito das Sucessões, mas sim no Biodireito, justamente porque a principal distinção é que o *testamento vital* visa ser eficaz em vida, enquanto que o *testamento* (do Direito das Sucessões) visa a produção de efeitos após a morte daquele que declara vontade.

A palavra *vital* é assim conceituada pelo Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2001, p. 2873):

1 relativo à vida 2 que é necessário para a manutenção da vida, ou que a afeta de maneira essencial 3 que desempenha função essencial num organismo 4 que é caracterizado pela vida; capaz de viver 5 que dá vida e vigor; vivificante [...]

Percebe-se pelo conceito de *vital*, que tem total e completa associação com *vida*. Dessa maneira, podemos entender que a popularização do termo *testamento vital*, não respeita um significado *ao pé da letra*, mas expressa a forma como uma pessoa pode, diante da previsibilidade da morte, expressar em vida como deseja *viver* seu momento de terminalidade.

Testamento remete à morte; *vital* remete à vida. São contrários se inter-relacionando e produzindo sentidos. A declarante produz o seu *testamento vital* porque enfrenta a terminalidade da vida, admite e assume que um dia irá morrer. Para tanto, manifesta vontade no sentido de tornar público o que deseja e o que não deseja em termos de tratamento a ser submetida quando esse momento chegar, ou seja, quando estiver ainda viva.

Pode ser notado que o *testamento vital* carrega em si uma oposição semântica: morte x vida. O que deseja o sujeito-declarante é o não prolongamento, de forma artificial, do processo de morte, para que não sofra física, psíquica e espiritualmente, tampouco seus familiares, aceitando a morte e não aceitando o emprego de técnicas terapêuticas inúteis para o simples prolongamento da vida, em uma situação irreversível.

A oposição semântica entre morte e vida não demonstra, nesse caso, um contraditório, ao contrário, demonstra a consciência da pessoa que prepara o seu *testamento vital*. A vontade com relação aos cuidados que quer no momento da terminalidade, é feita em vida. A preocupação é com a vida, que em si contempla a morte de forma a aceitá-la como intrínseca da própria vida.

A combinação de palavras existente em *testamento vital* revela como a língua é marcada pela incompletude e como a união de termos semanticamente antagônicos pode criar novos conceitos, produzindo outros sentidos.

Sobre a equivocidade da língua, Garcia (2012, p. 01) atesta:

A língua bem que poderia ser unívoca. Nesse caso cada palavra designaria uma única coisa. Alguns pensadores chegaram a propor uma língua que obedeceria esse princípio. Por outro lado, comunicar consiste freqüentemente em elaborar novas significações ao longo de intercâmbio ou trocas lingüísticas o que seria impossível se tivéssemos uma língua perfeitamente unívoca. Podemos pensar que a equivocidade é condição para a comunicação.

Desse modo, podemos observar a equivocidade da língua na expressão *testamento vital*, pois o termo mobiliza novos sentidos. Pêcheux (2002, p. 53) acrescenta:

[...] todo enunciado é intrinsecamente suscetível de se tornar-se outro, diferente de si mesmo, se deslocar discursivamente de seu sentido para derivar para um outro. [...] Todo enunciado, toda seqüência de enunciados é, pois, linguisticamente descritível como uma série (léxico-sintaticamente determinada) de pontos de deriva possíveis, oferecendo lugar a interpretação. É nesse espaço que pretende trabalhar a análise do discurso.

A Análise de Discurso tem interesse pelos espaços discursivos nos quais surge a possibilidade de trabalhar com as ambiguidades e os equívocos, nos “universos discursivos não estabilizados logicamente” (Pêcheux, 2002, p. 51). E completa:

O objeto da linguística [...] aparece assim atravessado por uma divisão discursiva entre dois espaços: o da manipulação de significações estabilizadas, normatizadas por uma higiene pedagógica do pensamento, e o de transformações do sentido, escapando a qualquer norma estabelecida a priori, de um trabalho do sentido sobre o sentido, tomados no relançar indefinido das interpretações. (PÊCHEUX, 2002, p. 51)

Denise Maldidier (2003, p. 10) afirma que “[...] o analista tem um objeto a ser analisado que a teoria vai-se impondo. Não há uma teoria já pronta que sirva de instrumento para análise.” E é assim que nos tornamos capazes de abordar a equivocidade presente na expressão *testamento vital* como “[...] fato estrutural implicado pela ordem do simbólico [...] no ponto em que cessa a consistência da representação lógica inscrita no espaço dos ‘mundos normais’.” (PÊCHEUX, 2002, p. 51).

O *testamento vital*, segundo Gagliano e Pamplona Filho (2014, p. 322) “[...] é somente uma forma de permitir que a pessoa possa declarar antecipadamente que recusa terapias médicas que prolongariam dolorosamente a sua existência, em detrimento da sua qualidade de vida”. Embora, como já dissemos, a expressão possa não ser correta quanto à sua categorização jurídica, percebemos que produz sentidos significativos no que diz respeito ao seu objetivo.

No momento da terminalidade pode existir um conflito no processo do prolongamento do momento da morte, que necessariamente implica num

prolongamento da vida. É nesse ponto que passa a fazer sentido a nomenclatura *testamento vital*, pois a pessoa que está passando por tal situação, já expressou anteriormente vontade (em vida) no sentido de escolher quais os tratamentos que quer ou não quer receber, quais os cuidados paliativos aos quais deseja ou não submeter-se no momento da morte.

No conflito *vida x morte*, o declarante já fez sua opção de como deseja, se possível, que esse processo aconteça (os limites terapêuticos na fase terminal). São contrários que se relacionam, movimentando sentidos. Vida e morte caminham juntas. Como dito no primeiro capítulo, uma morte digna faz parte de uma vida digna. Uma vida digna contempla uma morte digna. Respeitar o tempo de morrer, vivendo da melhor maneira até o fim. O *testamento vital* justifica-se nesses motivos, pois a pessoa decide como quer viver seus últimos dias.

Segundo Ranciére (1994, p. 43), o nome vai além da classificação, possuindo a capacidade de identificar. Assim, o nome apresenta-se como um recorte do mundo, conferindo existência histórica àquilo que nomeia. Ao aplicarmos essa reflexão ao enunciado *testamento vital*, compreendemos melhor a conexão entre opostos que não se dá, apenas, no plano linguístico, mas particulariza esse documento jurídico frente a outros, evidenciando, assim, sua própria essência, ao abordar a relação vida x morte. Desse modo, o nome reflete a própria natureza do documento, que se dá no conflito entre viver e morrer.

Especificamente quanto ao *corpus* deste trabalho, percebemos, ao longo do texto, a preocupação permanente do sujeito-declarante sobre sua qualidade de vida em uma eventual situação de terminalidade. O foco é a vida com dignidade, que, naquele momento, prevê uma morte com dignidade, que considera seus desejos.

Notamos que o sujeito-declarante não fala de morte (mesmo justificando a elaboração do *testamento vital* para o momento da morte). A única vez em que usa o termo *morrer*, o faz pelo discurso do outro, indicado pelo uso das aspas. E, desse modo, referindo-se às pessoas que poderão, em algum momento, presenciar o tratamento ele mesmo determinou, afirma que elas dirão: “Que sorte morrer assim”.

A morte ainda é um tema que estimula grande hesitação em nossa sociedade. Sobre o assunto, Mariana Bonfim (2013) declara:

Aceitar a morte nunca é fácil. Uma coisa é estar saudável e falar sobre ela no *happy hour*. Outra é receber a notícia de que tem alguns

meses de vida. Mas, se a morte é inevitável, talvez seja hora de derrubar o tabu. Porque viver bem não inclui não morrer. Inclui morrer bem.

A partir do momento em que o sujeito do discurso *fala* pelas pessoas que o estão vendo e dizendo “Que sorte morrer assim”, a preocupação sobre vida e morte dignas é ampliada para um raio que comporta familiares e amigos, as pessoas que o querem bem.

Em entrevistas realizadas com a médica Ana Claudia Arantes, contidas no site *Vamos falar sobre o luto?* (Arantes, 2016), fica clara a preocupação que ela tem com a família da pessoa que vive a terminalidade. Esse sentimento fica evidente em seu próprio *testamento vital*, posto que expõe o que quer que as pessoas sintam quando chegar a sua vez de viver a terminalidade. Tecendo comentários sobre a profissional, Arantes (2016) registra:

Quem cede a palavra à médica **Ana Claudia Quintana Arantes** não tem vontade de tomá-la de volta. [...] Especialista em geriatria e cuidados paliativos – área que procura melhorar a qualidade de vida de pessoas diante de **doenças incuráveis** – ela cuida de seus pacientes (**e também dos familiares dos doentes**) com uma delicadeza gigante como seu sorriso largo. (grifo nosso)

Assim sendo, é possível notar que a formação discursiva na qual o sujeito do discurso se insere influencia o modo como o processo do fim da vida é enfrentado, com foco na própria vida, na manutenção da qualidade de vida. Mesmo assim, tendo ciência da proximidade da morte, observamos que esse sujeito se coloca no lugar do outro, que não necessariamente enxerga como ele o processo do fim da vida, mas que pode apenas vislumbrar a chegada próxima da morte. Sendo assim, esse sujeito deseja que esse outro (familiares e amigos) sinta que ele possui sorte por morrer da forma como escolheu.

3.2 A CONSTITUIÇÃO DA SUBJETIVIDADE

Como já dissemos, citando Malidier (2003, p. 10) “[...] o analista tem um objeto a ser analisado que a teoria vai-se impondo”. Vamos, neste momento, passar para a análise do sujeito do discurso e das posições-sujeito assumidas por ele. Sobre o conceito de *forma-sujeito*, Althusser (1978, p. 67) afirma:

Todo indivíduo humano, isto é, social, só pode ser agente de uma prática, se revestir da forma de sujeito. A 'forma-sujeito', de fato, é a forma de existência histórica de qualquer indivíduo, agente das práticas sociais.

O *testamento vital, corpus* desta tese, foi feito por Ana Claudia de Lima Quintana Arantes, médica, especialista em cuidados paliativos, que atende no Hospital das Clínicas, no Hospital Albert Einstein e na ONG Casa do Cuidar, todos em São Paulo.

A pessoa que é especialista em cuidados paliativos, atua de forma a melhorar a qualidade de vida das pessoas diante de uma doença incurável e/ou um quadro de saúde irreversível. Em entrevista, Ana Claudia relata que fez o curso de Medicina na Universidade de São Paulo, mas que tinha muita dificuldade para lidar com o sofrimento dos pacientes (ARANTES, 2016). Isso fez com que abandonasse a faculdade por um período, retomando o curso um tempo depois, já determinada a trabalhar na área da Geriatria (idosos). Sua Residência Médica foi feita nessa área, para posteriormente dedicar-se aos cuidados paliativos.

Ao fazer o seu próprio *testamento vital*, a posição-sujeito é a de paciente em potencial. Ana Claudia não é paciente, mas já acompanhou centenas de pacientes em situação de terminalidade, com inúmeras histórias que acabam por compor a sua própria história. O percurso apresentado, também, apresenta evidências da formação discursiva do sujeito-paciente, a qual determina o que ele pode e deve dizer, como podemos verificar nos trechos: *situação de doença grave em progressão, não aceito que me alimentem à força, quero tomar banho todos os dias*.

Desse modo, vivendo a situação dos pacientes, bem como de seus familiares, como conhecedora da Medicina, Ana Claudia, interpelada em sujeito, determina aspectos do que deseja e do que não deseja para o momento em que estiver no lugar do paciente. Como quer ser tratada de uma forma geral.

Podemos observar que ao dizer: *Eu, Ana Claudia; apresento, minhas, me cause, me torne, faço constar, aceito, repudio, admito, não aceito, me alimentem, recuso, não quero, quero, meu corpo, mim, estarei, quero, me verem*, revela-se como paciente em potencial. Ao assim fazer, na posição sujeito-paciente em potencial, reveste-se de poder no momento da enunciação, pois o discurso revela a subjetividade da sua posição que exerce o papel de médica.

Como médica, conhecedora de conceitos de sua área, traça diretrizes de ordem objetiva e subjetiva para os cuidados com o seu corpo. Atentamos para três

momentos no texto: um primeiro, em que toma a posição-declarante como uma pessoa conhecedora de seus direitos:

Eu, Ana Claudia Arantes, diante de uma situação de doença grave em progressão e fora de possibilidade de reversão, apresento minhas **diretrizes antecipadas** de cuidados à vida. Se chegar a padecer de alguma enfermidade manifestamente incurável, que me cause sofrimento ou me torne incapaz para uma vida racional e autônoma, faço constar, com base no princípio da **dignidade da pessoa humana** e da **autonomia da vontade**, que aceito a terminalidade da vida e repudio qualquer intervenção extraordinária, inútil ou fútil. [...]

O sujeito-declarante mostra-se ciente da existência e do conteúdo da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1931/2009 (Novo Código de Ética Médica), que em seu art. 41, parágrafo único, estabelece:

Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Além disso, o sujeito-declarante, também demonstra conhecimento da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1995/2012, que trata das *Diretivas Antecipadas da Vontade*. Desse modo, o sujeito do *testamento vital* sabe dos direitos juridicamente garantidos pela legislação brasileira: a dignidade da pessoa humana e a autonomia da vontade, todos abordados no primeiro capítulo deste trabalho.

Em um segundo momento, assume posição-declarante como médica especializada em cuidados paliativos, conhecedora do ambiente hospitalar, das Unidades de Terapia Intensiva - UTIs, dos procedimentos que costumam ser usados em pacientes terminais. Traça diretrizes objetivas para os cuidados com seu corpo, tendo em vista a terminalidade da vida (que aceita), a impossibilidade de manifestar vontade (naquele momento, por isso o faz agora) e seu juízo de valor sobre o que considera *qualidade de vida*. Vejamos:

[...] Ou seja, qualquer **ação médica** pela qual os **benefícios** sejam nulos ou demasiadamente pequenos e não superem os seus potenciais **malefícios**. As diretrizes incluem os seguintes cuidados: **admito ir para a UTI somente se tiver alguma chance de sair em**

menos de uma semana; não aceito que me alimentem à força. Se não puder demonstrar vontade de comer, **recuso qualquer procedimento de suporte à alimentação**; **não quero ser reanimada no caso de parada respiratória ou cardíaca**. [...]

No balanceamento entre benefícios e malefícios das ações médicas, a posição-sujeito restringe o que aceita e como aceita, assim como o que não quer.

Num terceiro e último momento, como paciente despojada da médica, simplesmente um ser humano, uma pessoa qualquer, revela em seu discurso que, também, aceita a terminalidade da vida e que no seu conceito de *vida digna* está contida a *morte digna*. Assim, temos o fragmento:

Quero um **beijo** de **boa-noite** e de **bom-dia**. Sei que meu corpo pode estar **frágil** e muito diferente de mim. Mas, acreditem, estarei nele; quero tomar **banho todos os dias, com água quente**. Quero **privacidade**. Que as portas do quarto e as janelas estejam fechadas; **ninguém deverá sentir pena de mim. Ao contrário, ao me verem, as pessoas não de dizer: ‘Que sorte morrer assim’**.

Nesse trecho, o sujeito-declarante busca demonstrar algo mais subjetivo com relação aos cuidados: o beijo, o bom dia, o boa noite, a fragilidade do corpo, o banho quente, a privacidade e o sentimento que quer das pessoas, pois se tudo for assim, sua vontade estará sendo respeitada e ela estará feliz.

O uso da 1ª pessoa do singular somado ao fato da declaração ser expressa em forma de *testamento vital*, ou seja, um documento com valor jurídico, e o fato da posição-declarante ter atuação médica, fortalece ainda mais essa posição, o respeito que deve ser dado às suas orientações.

Charaudeau e Maingueneau (2004, p. 456) dizem que para Benveniste a “[...] subjetividade nada mais é que a ‘capacidade do locutor de se posicionar como sujeito’, e é na linguagem que o homem se constitui como sujeito”. E completam:

Ele assim o faz, apropriando-se de certas formas que a língua lhe disponibiliza, primeiramente com o pronome *eu*, cujo uso é o próprio fundamento da consciência de si. Benveniste acrescenta que “a consciência de si é possível somente quando ela se testa por contraste. Somente emprego *eu* quando me dirijo a alguém, que será, na minha locução, um *tu*”: não existe subjetividade sem intersubjetividade.

O sujeito-declarante utiliza o *eu* na posição médica-paciente, dirigindo-se a quem quer que no futuro esteja cuidando de sua saúde em uma situação de

terminalidade. A subjetividade fica marcada, também, pela intersubjetividade no texto. Ela tem ciência que o leitor do texto será, da mesma maneira que ela, um médico (ou uma equipe médica e profissionais da saúde de forma geral) e por isso, emprega termos e expressões que são do cotidiano médico.

Em entrevista para o *Jornal da USP online* (HEBMÜLLER, 2012), Ana Claudia afirma que, ao iniciar a faculdade de Medicina na USP, enfrentou alguns problemas existenciais:

Na época eu era muito carola, toda da Teologia da Libertação, achava que ia mudar o mundo... Fui falar com o capelão, o padre Léo Pessini, chorei tudo o que podia e disse: “Não quero ser médica. Se para quem mais precisa não tem nada pra fazer, o que eu vou fazer?” Era a maior crise, o confronto da vocação com a realidade. Então o padre Léo pegou na minha mão – eu nunca vou me esquecer disso – e falou: “Filha, tem muita coisa para fazer por esses doentes, e você vai descobrir. Não desiste”. Tempos depois eu o convidei para dar aula no Hospital Albert Einstein e falei: “Olha, eu descobri, viu?”

O termo *carola* é vulgarmente usado para designar as pessoas; especialmente mulheres, que têm uma vida muito ligada à igreja, muito religiosas. Ela diz que *era carola*, o que nos leva a inferir que, durante o tempo da faculdade, era uma pessoa religiosa. Ao fim da mesma entrevista, Ana Claudia diz:

Quando eu me encontrava “carola”, achando que devia mudar o mundo, acreditava que estava no caminho certo em direção a Deus. Mas agora descobri que não existe um caminho certo para encontrar Deus, porque a gente já está dentro d’Ele. A vida é Deus. Nós fazemos parte d’Ele. Perdemos a conexão com Ele e a religiosidade talvez possa ajudar as pessoas que ainda não sabem disso a se “religar” com Deus. Mais do que dogmas, práticas, cultos ou rituais, o que a gente precisa é se dar conta de que o único mundo que pode ser mudado é o nosso mundo interno. Aprendi e tive todas as chances de colocar isso à prova. A conexão com Deus nos aproxima do fluxo da vida, do fluir das relações, das bênçãos de todos os tamanhos e com grandes significados, da solução de conflitos, da libertação dos pesares e dos temores. Um estado de conexão com Deus nos coloca frente a frente com o amor, e onde tem amor não tem medo, não tem morte. Minha fé me diz que o estado de amorosidade do ser humano deveria se tornar algo como a temperatura ou o pH do sangue: perene, necessário ao bom funcionamento de todos os nossos sistemas, internos e externos. É isso que eu vivo.

Podemos notar que mesmo colocando o *carola* como parte do seu passado, ela continua a ser uma pessoa que acredita em Deus, de uma forma mais madura e

consciente do que outrora. Nesse momento, verificamos o discurso religioso, ou melhor, o discurso da divindade atravessando o discurso da posição-declarante em seu *testamento vital*. Independentemente da religião professada, o sujeito acredita que “a conexão com Deus nos aproxima do fluxo da vida e um estado de conexão com Deus nos coloca frente a frente com o amor [...]”.

Ao enunciar, a posição-declarante pensa ser origem de seu discurso, mas, na verdade, a formação discursiva em que está imersa produz seu assujeitamento, pois seu discurso é o resultado das marcas linguísticas, da organização textual, das posições políticas e ideológicas do sujeito, que é: mulher, médica, detentora de uma situação financeira confortável, dotada de espiritualidade/religiosidade.

Como já vimos no segundo capítulo, essas formações discursivas atravessam o discurso da posição-declarante, estabelecendo regras de formação que determinam o que pertence e o que não pertence ao discurso. Como a formação discursiva é atravessada por outra ou outras formações discursivas, não existe um princípio de unidade em uma formação discursiva, mas sim uma dispersão, sendo justamente essa dispersão que estamos encontrando na presente análise, buscando estabelecer as regras de formação de cada formação discursiva.

E como é na realização da análise que as teorias da Análise de Discurso submergem, vemos aqui os ‘Esquecimentos’ abordados teoricamente no segundo capítulo. A posição sujeito-declarante é afetada pela ideologia, assim acontece o esquecimento ideológico (Esquecimento nº 1 de Pêcheux), que é do nível do inconsciente. Por isso, existe a impressão da posição-declarante de que é dona do que fala, sendo que, na realidade, o que diz encontra-se impregnado de sentidos preexistentes. Parece que os sentidos se originam a partir do *eu*, mas são determinados pela forma como a posição-declarante se inscreve na língua e na história. É nesse espaço que os sentidos se constituem e significam, e não na suposta vontade do sujeito.

Esse esquecimento ideológico é essencial na constituição do sujeito e dos sentidos. Como diz Orlandi (2003, p. 35-36):

Quando nascemos os discursos já estão em processo e nós é que entramos nesse processo. Eles não se originam em nós. Isso não significa que não haja singularidade na maneira como a língua e a história nos afetam. Mas não somos o início delas. [...] As ilusões não são ‘defeitos’, são uma necessidade para que a linguagem funcione nos sujeitos e na produção de sentidos. Os sujeitos “esquecem” que

já foi dito – e este não é um esquecimento voluntário – para, ao se identificarem com o que dizem, se constituírem em sujeitos.

E dessa forma, pensando ser inédito no seu discurso, o sujeito, na posição-declarante, faz com que suas palavras adquiram sentido, no emprego das mesmas palavras, mas constituindo sentidos outros. No *testamento vital*, quando o sujeito enuncia *doença grave, que cause sofrimento, admito ir para a UTI somente se tiver alguma chance de sair em menos de uma semana, quero um beijo de boa-noite*, temos o uso de palavras presentes em seu cotidiano profissional, mas que, no discurso analisado, constituem outro sentido (seu desejo em situação de terminalidade).

Pelo esquecimento enunciativo (Esquecimento nº 2 de Pêcheux), a escolha de palavras e de expressões é feita relacionando o pensamento, a linguagem e o mundo, produzindo uma ilusão referencial (Orlandi, 2003, p. 35) que faz com que o sujeito acredite que só pode dizer aquilo que diz com aquelas palavras.

Nesse caso, há um esquecimento semi-consciente, pois é fato que recorreremos a certas escolhas de palavras e expressões até que sejam eleitas aquelas que farão parte de nosso discurso, as quais movimentarão sentidos.

Considerando os esquecimentos nº 1 e nº 2, podemos observar que o esquecimento ideológico leva ao esquecimento enunciativo, pois a posição-declarante, primeiramente, pensa que é dona de seu discurso. Por isso, não tem consciência da maneira como a língua e a história a afetam, como é atravessada pela ideologia (constitutiva da subjetividade), fatores que interferem na escolha das famílias parafrásticas que melhor especificam o que diz em suas diretrizes antecipadas de cuidados médicos. Vejamos algumas:

Ao escrever *fora de possibilidade de reversão*, poderia ter dito *irreversível*; assim também em *minhas diretrizes antecipadas de cuidados à vida*, poderia usar *meu testamento Vital*; *padecer de alguma enfermidade*, por *ficar doente*; *manifestamente incurável*, por *sem cura*; *me torne incapaz*, por *me tire a capacidade*; *repúdio*, por *não aceito*; *vontade de comer*, por *fome*; *reanimada no caso de parada cardíaca*, por *ressuscitada*; *corpo frágil*, por *corpo debilitado*; *portas e janelas fechadas*, por *portas e janelas não abertas*; *sentir pena*, por *sentir dó*; *morrer assim*, por *falecer assim*.

Aqui, não podemos deixar de fazer uma abordagem sobre a questão das escolhas de palavras/expressões em detrimento de outras, que tem fundamento na Semântica. De uma forma bem simples, é possível dizer que a Semântica busca descrever o que significam as palavras/expressões/sentenças. O problema dessa simplicidade conceitual é não ser possível chegar a um consenso de uma definição exata de *significado*, conforme já tratado no item 2.2.

Assim, surgem três vertentes da Semântica: a Formal, a Enunciativa e a Cognitiva. Para a Análise de Discurso, a Semântica da Enunciação é a que melhor funciona, pois se baseia na noção de que um *significado* não pode ser obtido independente da linguagem e da história. Oliveira (2006, p. 43) explica:

Na Semântica da Enunciação, o significado é descrito nas relações de dialogia, de argumentatividade. Ele não serve, pois, para apontar algo no mundo exterior, mas para convencer, para seduzir o outro. Enredado na linguagem, não há como transcendê-la.

Essas escolhas feitas pelo sujeito-declarante mostram, como diz Orlandi (2003, p. 35), que “[...] pensamos que o que dizemos só pode ser dito com aquelas palavras e não outras, que só pode ser assim.” A escolha de palavras/expressões em detrimento de outras, acontece porque o sujeito está envolvido na linguagem, como explica a Semântica da Enunciação.

Embora as escolhas sejam intencionais, esse pensamento leva ao esquecimento ideológico, em que a posição-declarante é atravessada pela ideologia dos discursos religioso, familiar, médico e jurídico, pois, em seu discurso, há o cruzamento de vários discursos.

Em entrevista (Arantes, 2016), Ana Claudia conta:

Sabe que quando eu fui ao “Programa do Jô” ele me perguntou algo parecido? Terminou a entrevista e ele foi um amor, me abraçou demorado e perguntou se podia fazer mais uma pergunta. **Então ele perguntou “e Deus? Você acredita em Deus?”. Aí eu falei “Ah, Jô, eu acredito, mas caso ele não exista eu estou fazendo a minha parte”.** Ele ficou com os olhos cheios de lágrimas. (grifo nosso)

Na posição-declarante, o discurso religioso ou, independentemente de religião, o discurso relativo à divindade, que perpassa a voz do sujeito, revela-se. Ao fazer seu *testamento vital*, traçando as diretivas de cuidados de saúde para quando

viver seu momento de terminalidade, a crença em Deus marca, ideologicamente, o sujeito.

Assim, ele aceita que a morte faz parte da vida e que a vida não acaba com a morte, pois quem crê em Deus, crê nesse fundamento. Quando afirma *aceito a terminalidade da vida e repudio qualquer intervenção extraordinária, inútil ou fútil*, um sentido possível refere que o sujeito demonstra que sua crença em Deus o faz estar certo de que a vida não termina com a morte e que não aceita o comportamento de alguns médicos, que *brincam de Deus*.

Outro discurso que faz parte da posição-declarante é o discurso familiar. Pela história de vida da médica Ana Claudia, ela tem uma relação familiar muito significativa, condição que faz parte de sua formação discursiva enquanto sujeito. Salientamos que a família, segundo Althusser (1974), é um Aparelho Ideológico do Estado, apresentando-se como um mecanismo de perpetuação da ideologia dominante. Além disso, como especialista em cuidados paliativos, sua preocupação não é concentrada apenas no paciente, mas também na família dos seus pacientes que estão vivendo junto à terminalidade de um ente querido.

Na entrevista para o *Jornal da USP online* (HEBMÜLLER, 2012), já citada anteriormente, são diversas as passagens em que Ana Claudia, que interpelada em sujeito enuncia da posição de médica e não de paciente, fala da participação da família nos cuidados paliativos. Alguns trechos:

[...] temos que ver se **a família** está preparada;
 [...] e **a família** viu que ele está sofrendo muito e pediu pra parar tudo.
 [...] a gente senta e conversa com **a família**;
 É você estar com **sua família** tranquila, com seus sintomas adequadamente controlados [...];
 [...] tentar fazer com que **a família** também consiga se reaproximar.
 (grifos nossos)

Inclusive, conta a história da morte do próprio pai, que recebeu os cuidados paliativos na Casa do Cuidar, uma das instituições em que a médica presta serviços. Vejamos o relato:

E meu pai foi o primeiro paciente a receber isso. Para mim foi padrão ouro. Quando ele chegou, me ligaram da portaria e o porteiro, o Adriano, falou: “Doutora Ana, vosso pai já está na casa e está tudo bem”. Quando ouvi isso, pensei: estou no céu. O jeito que ele falou ecoa na minha cabeça, é uma coisa que vou lembrar para sempre.

Foi tudo liso, perfeito. Quando a gente fala que **os cuidados de fim de vida marcam a família para sempre, é porque marcam**. Ele ficou lá 48 horas, e nessas últimas 48 horas dele tudo foi feito com tanto cuidado. [...] Constatado o óbito, passaram-se uns dez minutos e chegou a copeira com duas xícaras de chá. Cada um fez o seu papel e sabia o que fazer. O paciente que recebeu cuidados paliativos de primeira linha foi meu pai. Ele morreu no dia 12 de maio de 2010. (HEBMÜLLER, 2012) (grifos nossos)

Quando o sujeito declara *Sei que meu corpo pode estar frágil e muito diferente de mim. Mas, **acreditem**, estarei nele; [...] **ninguém** deverá sentir pena de mim. [...] **as pessoas** não de dizer: ‘Que sorte morrer assim’*, verificamos que há o atravessamento do discurso familiar, a ideologia de família em que foi criado e em que desenvolve seu trabalho de cuidados paliativos. Inconscientemente, portanto, dirige-se à sua família.

Podemos dizer que o discurso médico é o mais presente. A posição-declarante faz uso, com propriedade de vários termos da Medicina, tais como: *doença grave em progressão e fora de possibilidade de reversão; enfermidade manifestamente incurável; terminalidade da vida; admito ir para a UTI; procedimento de suporte à alimentação; reanimada no caso de parada respiratória ou cardíaca*.

São termos técnicos, os quais nos fornecem evidências da posição-médica constituinte do sujeito-declarante. O sujeito, dessa forma, assim como o discurso, é disperso, heterogêneo. Ele pode ocupar diversos lugares sociais no discurso, visto que a dispersão ocorre nos “[...] diversos status, nos diversos lugares, nas diversas posições que o sujeito pode ocupar ou receber quando exerce um discurso, na descontinuidade dos planos de onde fala” (FOUCAULT, 1997, p. 61).

Também é possível perceber o discurso jurídico cindindo, ideologicamente, o sujeito declarante. Quando fala *princípio da dignidade da pessoa humana; princípio da autonomia da vontade*, revela em seu dizer que é conhecedor do Direito brasileiro.

No primeiro capítulo, fizemos a fundamentação jurídica do *testamento vital* valendo-nos de alguns princípios lógicos. A dignidade da pessoa humana e a autonomia da vontade (liberdade) estão entre eles.

O Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, um dos que a médica Ana Claudia trabalha, divulga o *testamento vital* em seu *site* (2012), explicando:

Em casos de doenças incuráveis, em fase irreversível, os pacientes têm o direito de não aceitar recursos que apenas prolongarão a vida.

Fazer com que esse direito seja respeitado é o objetivo do testamento vital, foco de uma resolução do Conselho Federal de Medicina de agosto de 2012.

[...]

É preciso criar uma nova cultura e construir uma relação de confiança, credibilidade e transparência entre médico e paciente, [...] Tudo isso compartilhado com a família e as equipes multidisciplinares. Alguns rejeitarão recursos que prolongam a vida, outros farão questão deles. Mas é exatamente isso que está por trás do conceito de testamento vital: o respeito à autonomia do indivíduo.

Lopes e Cuminale (2012, p. 100), sobre a Resolução nº 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina esclarecem: “Como a resolução tem força de lei entre os médicos, o profissional que não a respeitar pode ser punido até mesmo com a perda do registro”. Considerando o envolvimento profissional do sujeito-declarante com os cuidados paliativos e com a realidade do *testamento vital* de seus pacientes, o médico possui todo um respaldo jurídico para que possa fazer ou deixar de fazer procedimentos médicos, não correndo riscos de sofrer processos judiciais e eventuais indenizações contra si. Por essas razões, o discurso jurídico atravessa o discurso do sujeito-declarante, além dos discursos religioso, médico e familiar.

Em Análise de Discurso, não olhamos para a pessoa que fala, mas para o sujeito do discurso (figura discursiva). O sujeito se significa pelas suas palavras que adquirem sentido. Por isso, os esquecimentos são estruturantes, pois, pela enunciação e pela ideologia, constituem os sujeitos e os sentidos, que estão sempre em movimento.

Na imersão do *testamento vital*, Del Volgo (1998, p. 29) relaciona a doença, a pessoa doente e a língua:

O caso do doente não pode ser objetivado e tampouco a subjetividade pode ser objetivada, de modo que a doença é o traço comum e humano que fomenta o duplo encontro do momento do dizer. [...] a doença é humana em seu vínculo com a língua, e todo homem sofreria desse mal incurável.

A declarante vive a realidade da doença diariamente no seu exercício profissional. Dessa forma, o *doente* também atravessa seu discurso e fortalece a necessidade de produzir seu *testamento vital*. É o que veremos a partir de agora.

3.3 A MÉDICA E PACIENTE EM POTENCIAL MANIFESTANDO VONTADE

Conforme vimos nos conceitos essenciais do embasamento teórico da Análise de Discurso, no segundo capítulo, as condições de produção compreendem os sujeitos, a situação e a maneira como a memória ativa as condições de produção. Em sentido estrito, as condições de produção são o contexto imediato do discurso; em sentido amplo, incluem os contextos sócio-histórico e ideológico.

No contexto imediato, podemos dizer que o *testamento vital* da médica Ana Claudia Quintana Arantes foi elaborado nas condições colocadas abaixo, descritas por Lopes e Cuminale (2012, p. 99), ao transcreverem o documento:

Essas palavras, incômodas em sua crueza, constituem um trecho do testamento vital de **uma mulher de 44 anos, cheia de entusiasmo e plenamente saudável**. Ana Claudia, porém, **tem uma convivência íntima e diária com a morte. Médica geriatra**, ela se dedica a uma das áreas da medicina que mais se aproximam da hora do último suspiro, a dos **cuidados paliativos**, prática que pretende aplacar o sofrimento causado pelos sintomas e pelas sequelas de uma doença na iminência do momento final. Todos os meses, Ana Claudia testemunha o óbito de vinte pacientes, em média. [...] (grifos nossos)

Dessa maneira, em um contexto imediato, sabemos que, embora não se possa saber a data exata da sua elaboração (possivelmente em 2012, coincidindo com a publicação da Resolução nº 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina), o *testamento vital* analisado foi realizado pela médica em plena saúde. Uma mulher de 44 anos, cheia de entusiasmo, plenamente saudável, médica geriatra e dedicada aos cuidados paliativos, elaborou o texto e o fez por escrito.

No contexto amplo, para bem analisarmos, focamos no social, no histórico e na memória do dizer ou interdiscurso. Com relação ao social e ao histórico, consideramos os efeitos de sentidos, que são produzidos num hospital, nos acontecimentos da lida diária com a morte, que representa o trabalho do sujeito-declarante. Uma realidade social de transformação, de mudança de paradigmas, em especial, após a publicação das citadas Resoluções do CFM, que traduzem uma anterior mudança comportamental da relação médico-paciente.

Na Antiguidade, o médico era visto como uma divindade, que possuía o *poder da cura* em suas mãos. Conta a história que o Rei Alexandre III da Macedônia (356 a. C. – 323 a. C.), conhecido por Alexandre, o Grande, antes de morrer fez três

pedidos. Um deles foi o seguinte: que o seu caixão fosse carregado pelos melhores médicos da época, para que eles vissem que não tinham poderes sobre a morte. (SOUZA, 2015).

Observamos, com isso, que o *poder divino* atribuído aos médicos começou a ser contestado já antes de Cristo. Mas, o fato de que têm competência para curar e salvar vidas não é contestado. Ocorre que isso tem limites.

Esses limites foram criando contorno bem lentamente e até bem pouco tempo, antes do advento das relações de consumo (consolidadas no Brasil com o Código de Defesa do Consumidor, em 1990), foi que essa realidade mudou. Hoje, pode-se dizer que o médico é um prestador de serviços, sujeito a uma série de responsabilidades.

Mesmo assim, as faculdades de Medicina sempre ensinaram a busca pela cura e se isso não acontecesse, seria um fracasso. Ocorre que, na realidade, a morte faz parte da vida. Então, nos últimos anos iniciou-se uma mudança de comportamentos, no sentido da aceitação da terminalidade da vida e dos cuidados paliativos para que os pacientes terminais tenham uma vida digna até o fim, com uma morte digna.

Aceitar a terminalidade não é um sinal de fracasso, nem por parte do médico, nem por parte do paciente, mas sim um enfrentamento da realidade. Essa mudança de paradigmas causa uma interferência direta na formação discursiva aqui sob análise. Vê-se que uma formação discursiva, que não é algo fechado, invade outra e possibilita o repensar do discurso. O que não era aceito, hoje é. Essa contradição permite ao discurso possibilidade de mudança, historicidade.

O sujeito-declarante viveu essa mudança de paradigmas com relação à função do médico. A formação discursiva na qual está inscrita lhe permite a defesa do posicionamento de que o médico deve buscar a cura e salvar o paciente, mas não a qualquer custo e, muitas vezes, com tentativas e procedimentos inúteis e ou fúteis, que apenas prolongam a vida.

Vivendo essa realidade, ela faz a declaração do que quer para si mesma em uma situação de terminalidade. Elaborou seu *testamento vital*, que em seus termos, exprime toda essa questão social e histórica geral e pessoal. Com base nisso, é relevante que abordemos o termo *memória discursiva*, concepção que é explicada por Orlandi (2003, p. 31):

Chamamos memória discursiva: o saber discursivo que torna possível todo o dizer e que retorna sob a forma do pré-construído, o já-dito que está na base do dizível, sustentando cada tomada da palavra. O interdiscurso disponibiliza dizeres que afetam o modo como o sujeito significa em uma situação discursiva dada.

A partir dos esquecimentos (nº 1 e nº 2 de Pêcheux) – ideológico e enunciativo – inconscientemente, entendendo-se dono do seu discurso e fazendo uso de famílias parafrásticas ao longo do dizer, o sujeito-declarante vale-se do interdiscurso, do posicionamento da memória, dizendo com o já-dito, com o pré-construído.

Tudo o que compõe a memória discursiva do sujeito-declarante é parte da sua vida profissional, em verdade, desde o tempo em que cursou a Faculdade de Medicina. Assim, significam no seu cotidiano e estão significando, também, em seu testamento vital: *situação de doença grave em progressão e fora de possibilidade de reversão; diretrizes antecipadas de cuidados à vida; padecer de alguma enfermidade manifestamente incurável; que cause sofrimento; torne incapaz para uma vida racional e autônoma; aceito a terminalidade da vida; repudio qualquer intervenção extraordinária, inútil ou fútil; admito ir para UTI; não aceito que me alimentem à força; recuso procedimento de suporte à alimentação; não quero ser reanimada no caso de parada respiratória ou cardíaca.*

“Todos esses sentidos já ditos por alguém, em algum lugar, em outros momentos, mesmo muito distantes, têm um efeito [...]” (ORLANDI, 2003, p. 31). Nessa perspectiva, verificamos: *beijo de boa noite e de bom dia; tomar banho todos os dias, com água quente; privacidade*; enunciados que produzem significação e que remetem a uma história pessoal e familiar. Os vários papéis assumidos pelo sujeito nas esferas profissional, familiar, social, religiosa, feminina trazem essas memórias que convergem na produção de sentidos outros, ao determinar o que deseja que seja feito em situação de sua terminalidade, por meio desses dizeres.

Percebemos que há várias outras vozes falando no discurso do sujeito-declarante, constituídas pela história e marcadas pela ideologia, trazendo, na materialidade do *testamento vital*, os efeitos que atingem o sujeito, por palavras que significam pela história e pela língua.

Por isso, existe a necessidade do entendimento do interdiscurso, para compreender o funcionamento do discurso da posição-declarante e a ideologia. Há

íntima relação com o já-dito e o dito no discurso. A relação entre o interdiscurso (constituição) e o intradiscurso (formulação), como abordamos no segundo capítulo.

O objeto (*testamento vital*) se estabelece discursivamente considerando o intradiscurso e o interdiscurso. O texto está composto pela sua formulação (famílias parafrásticas, o já-dito, o esquecimento enunciativo), somado pela sua constituição (a história, a memória, o esquecimento ideológico) que já produziu e continua produzindo sentidos, mas que neste *corpus* produz outros sentidos.

Se a constituição determina a formulação, é por meio do esquecimento ideológico que o esquecimento enunciativo acontece. Ao dizer: *diante de uma situação de doença grave em progressão e fora de possibilidade de reversão*, a posição-declarante formula o texto com palavras que não são dela, essas palavras já existiam, foram inúmeras vezes utilizadas em diferentes situações, com diversos sentidos.

Assim acontece com todas as palavras e expressões do texto. Mas que, no *testamento vital*, estabelecem relação e produzem sentidos outros no que diz respeito às diretrizes antecipadas de cuidados à vida.

Além disso, ao dizer: *diante de uma situação de doença grave em progressão e fora de possibilidade de reversão*, o sujeito-declarante tem seu discurso atravessado por vários outros discursos, como já falamos anteriormente. O que foi dito por outro sujeito e produziu sentido é apagado (esquecido) e, agora, passa a produzir outros sentidos nas palavras do sujeito-declarante.

Sobre o *interdiscurso* e sua relação com a *discursividade*, Orlandi (2003, p. 33) esclarece:

É , também, o interdiscurso, a historicidade, que determina aquilo que, da situação, das condições de produção, é relevante para a discursividade. Pelo funcionamento do interdiscurso, suprime-se, por assim dizer, a exterioridade como tal para inscrevê-la no interior da textualidade.

Ao dizer: *diante de uma situação de doença grave em progressão e fora de possibilidade de reversão*, além do que está dito, pela Análise de Discurso podemos construir escutas e também perceber o que não está dito, mas está significando. Quais seriam as *doenças graves*? O que é *fora de possibilidade de reversão*? A médica Ana Claudia lida diariamente com pacientes com as mais diversas *doenças graves* possíveis (câncer e suas consequências, por exemplo). No entanto, existem

várias outras, bem como em situações de saúde que não envolvem doenças, mas resultado de acidentes (quedas, queimaduras, lesões sérias).

Quando diz *doença grave*, diz também qualquer outra situação não envolvendo doença, mas agredindo e piorando sua saúde. *Fora de possibilidade de reversão*, pode significar impossibilidade de melhora ou cura. Mas o que hoje não tem reversão, amanhã pode ter. Não está dito, mas o discurso médico assumido pelo sujeito-declarante produz o sentido possível de que ele deixa a cargo dos avanços tecnológicos e da Medicina a verificação da reversibilidade ou irreversibilidade da situação.

Observamos, desse modo, que as condições de produção em todo o texto estão marcadas pelas formações discursivas que o estabelecem discursivamente.

3.4 O FEIXE DE DISCURSOS: JURÍDICO, MÉDICO, RELIGIOSO, HUMANO, FAMILIAR

Em Análise de Discurso, a análise é feita, primeiramente, com a delimitação do *corpus*, resultado de uma construção do próprio analista, o qual remete o texto a um discurso, que se explicita pelas formações discursivas e produz sentidos pelas formações ideológicas. Por isso, todo o embasamento teórico que fizemos no segundo capítulo intervém na análise, relacionando o objeto, os sentidos e a interpretação.

Considerando que a presente tese apresenta uma interdisciplinaridade com o Direito, o dispositivo analítico do *testamento vital* não irá se esgotar nesta análise, visto que pode ser diferente dependendo do enfoque dado ao *corpus*.

Como diz Orlandi (2003, p. 64-65): “Os textos [...] são monumentos nos quais se inscrevem as múltiplas possibilidades de leituras. [...] O que nos interessa não são as marcas em si mas o seu funcionamento no discurso.[...]”. Assim, quando pensamos como o objeto de análise se estabelece discursivamente, quando se torna um objeto discursivo, já saímos da superfície linguística do texto.

Então, quando verificamos que a história relata que a figura do médico já foi comparada à de uma divindade e que hoje o médico é um prestador de serviços, sujeito às responsabilidades de um Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078 de 11/09/1990), indicando que o paciente tem mais consciência sobre a própria morte, já localizamos um contraponto que mostra efeitos no discurso.

O sujeito-declarante, ao enunciar, tem ciência que um dia vai morrer. Como profissional da Medicina, sabe que não tem *poderes de vida e morte* para seus pacientes, tampouco para si própria. Então, o que deseja é morrer com dignidade, sendo respeitada nas suas escolhas de cuidados médicos e pessoais.

Mesmo considerando que já temos aqui um objeto simbólico que produz efeitos, não podemos deixar de lembrar que a Análise de Discurso tem um procedimento que “[...] demanda um ir-e-vir constante entre teoria, consulta ao corpus e análise. Esse procedimento dá-se ao longo de todo o trabalho.” (ORLANDI, 2003, p. 67).

No *corpus* sob análise, o conflito vida x morte ganha um novo contorno, que é o de que a vida e a morte não são antagônicos, ao contrário, fazem parte de uma mesma realidade. A morte faz parte da vida, assim como a vida contempla a morte. Em uma realidade social, em que a dignidade da pessoa humana é constitucionalmente garantida, assim como a liberdade e autonomia da vontade, o *testamento vital* revela a aceitação da terminalidade da vida.

Se não fosse assim, poderia existir um documento com uma produção de sentido completamente diferente. A pessoa manifestaria vontade, em situação de terminalidade, desejando que todos os recursos, a qualquer custo, mesmo que inúteis, mantivessem sua vida. O que é chamado de *distanásia* ou *obstinação terapêutica*.

Esses elementos da história fazem surgir os gestos de leitura ou gestos de interpretação. E esses são os objetivos da Análise de Discurso: partir de uma superfície linguística, delinear o objeto discursivo e, então, o processo discursivo. É assim que o analista apreende a materialidade da língua, na ideologia e na história.

Passamos da superfície linguística, constituindo o *corpus* quando verificamos as condições de produção. Localizamos o objeto discursivo, a partir do momento em que verificamos as diversas formações discursivas existentes, podendo perceber alguns discursos presentes: o religioso, o familiar, o médico e o jurídico, que se complementam no dizer do sujeito-declarante.

Para desenvolver a análise no processo discursivo, mais uma vez recorreremos às apreensões teóricas da Polifonia e da Heterogeneidade no discurso.

Conforme já apresentamos no segundo capítulo, Ducrot estabelece o conceito de polifonia a partir da existência de várias vozes no discurso. No

testamento vital, ora sob análise, perpassam várias vozes nas formações discursivas já marcadas.

Já vimos que a subjetividade enunciativa possui duas atribuições: constituir o sujeito do discurso e assujeitá-lo. Maingueneau (1997, p. 41-42) trata da dêixis discursiva, dizendo:

A “deixis” define as coordenadas espaço-temporais implicadas em um ato de enunciação, [...] O que chamamos de **deixis discursiva** possui a mesma função, mas manifesta-se em um nível diferente: o do universo de sentido que uma formação discursiva constrói através de sua enunciação.[...] Se existe deixis discursiva é porque uma formação discursiva não enuncia a partir de um sujeito, de uma conjuntura histórica e de um espaço objetivamente determináveis do exterior, mas por atribuir-se a cena que sua enunciação ao mesmo tempo produz e pressupõe para se legitimar.

Temos, então, o sujeito (enunciador/enunciatário), o tempo e o lugar. Essas três instâncias acontecem no discurso. O sujeito-declarante mostra-se no uso da 1ª pessoa do singular: *Eu, Ana Cláudia Arantes, [...]*. Como diz Maingueneau (1997, p. 76): “[...] aquele que diz *eu*, que é responsável pelo o que enuncia.” Diante da teoria dos Esquecimentos, sabemos que tem a ilusão da autonomia e consciência do seu discurso.

No *corpus* sob análise, estão presentes a heterogeneidade mostrada e a constitutiva. A presença do Outro no enunciado, o discurso atravessado pelo Outro em manifestação explícita, vemos na última frase: ‘*Que sorte morrer assim*’.

Quando o sujeito-declarante diz “[...] **as pessoas** *vão de dizer: ‘Que sorte morrer assim*’ (destacamos)”, faz referência aos seus familiares e amigos (especialmente, familiares). O discurso familiar, novamente, atravessa o sujeito, que diz o discurso do Outro na sua vontade e percepção.

O sujeito-declarante, enquanto indivíduo (médica), sabe do sofrimento pelo qual passam os familiares dos pacientes em terminalidade e não deseja esse sofrimento para os seus entes queridos. Trabalha com essa realidade diariamente. Ao fazer seu *testamento vital*, o discurso familiar perpassa o sujeito, ao deixar claro que sua vontade é que seus familiares não sofram, ao contrário, que pensem: ‘*Que sorte morrer assim*’.

Essas *pessoas* estão reveladas em todas aquelas que sofrem em volta de um paciente terminal, mas o sujeito-declarante vislumbra os seus próprios familiares,

e não deseja que passem por sofrimento e sim que estejam envolvidos na terminalidade, respeitando a autonomia da vontade da declarante.

O uso das aspas simples (‘) demonstra justamente essa heterogeneidade mostrada e marcada, fazendo remissão a outro discurso, no caso, o familiar.

Quanto à heterogeneidade constitutiva, podemos percebê-la por meio do interdiscurso, pela constituição das formações discursivas, pelas hipóteses já formuladas quando da apreensão do objeto discursivo. O interdiscurso – o já-dito – promove, assim, a heterogeneidade do discurso revelando o cruzamento dos discursos jurídico, médico, religioso, humano.

No início do testamento vital, o sujeito-declarante invoca o discurso religioso e o jurídico, os quais atravessam o discurso médico e, posteriormente, o discurso humano, que solicita mais que cuidados médicos em terminalidade, revelando o desejo, também, de ser tratado como ser humano, com afeto, com amor. Assim, não é apenas o corpo que vai ser tratado/receber cuidados, mas busca-se o bem estar afetivo enquanto pessoa humana

É pela heterogeneidade constitutiva, que a Análise de Discurso pode definir, por meio de hipóteses, pelo interdiscurso, no que diz respeito às formações discursivas, que o *testamento vital* revela-se como polifônico, pois o sujeito-declarante faz falar várias vozes ao longo do seu texto.

O discurso humano, o qual integra a formação discursiva no caso sob análise, é capaz de resgatar e trazer para o estudo uma série de sentidos. O sujeito-declarante fala na *dignidade da pessoa humana*, que, apesar de ser uma expressão jurídica da Constituição Federal (Art. 1º III), ressalta, essencialmente, o ser humano.

Juridicamente, Os Estados Unidos da América foram o país pioneiro, estabelecendo, em 1990, a primeira lei referente ao *testamento vital (Living Will)*, após a expressão que teve o caso de Nancy Cruzan:

Em 1983, aos 25 anos, vítima de um acidente de carro, Nancy entrou em estado de coma vegetativo. Apenas sete anos depois da tragédia, graças à luta dos pais da jovem para dar à filha uma **morte digna**, a Suprema Corte autorizou a retirada da sonda de alimentação que mantinha Nancy viva. (grifo nosso)

O caso de Jacqueline Kennedy, já relatado no primeiro capítulo, também, criou notoriedade. Para ter uma morte conforme sua vontade, diante da

irreversibilidade do seu quadro de saúde, desejou ir para sua casa, morrer ao lado dos filhos, amigos e livros.

Esses casos ilustrativos demonstram que a morte, de uns tempos para cá, passou a ser mais aceita por um maior número de pessoas. Apesar de estarmos em um momento em que a Medicina é tomada por vários avanços tecnológicos, promovendo, inclusive, a prevenção de doenças e a conscientização da necessidade de uma qualidade de vida melhor, pessoas que têm acesso a esses benefícios acabam se conscientizando de que, mesmo com a evolução da Medicina, a morte é certa.

É exatamente nesse quadro histórico que vive o sujeito-declarante. E observa-se, que sob sua visão, a morte é parte tão natural da vida, que no *testamento vital*, inconscientemente, evita o uso da palavra *morte*. Até porque, *morte* é uma palavra que carrega em si a ideia de fim, de derrota, e não é esse o sentido do *testamento vital*, tanto que conclui o documento enunciando que as pessoas dirão '*que sorte morrer assim*'.

Orlandi (2003, p. 82) afirma: "De todo modo, sabe-se por aí que, ao longo de dizer, há toda uma margem de não-ditos que também significam". E continua:

Daí que, na análise, devemos observar o que não está sendo dito, o que não pode ser dito, etc. [...] Esta é uma questão de método: partimos do dizer, de suas condições e da relação com a memória, com o saber discursivo para delinear as margens do não-dito que faz os contornos do dito significativamente. Não é tudo que não foi dito, é só o não dito relevante para aquela situação significativa.

Na presente análise, o não-dizer *morte* significa. Partindo do princípio que a posição-sujeito dignifica a vida, ela não diz *morte*. Ela diz: *cuidados à vida; vida racional e autônoma; a terminalidade da vida*. Na última frase, diz *morrer*, mas o faz por uma heterogeneidade mostrada. Não é um dizer dela, é um dizer que ela espera que as pessoas tenham: '*Que sorte morrer assim*'.

Ela não diz *morte*, mas as pessoas dizem. A memória mobilizada pelo termo remete à dor, ao sofrimento. O sujeito-declarante abrande a carga negativa que popularmente é dada à morte, silenciando sentidos, ocultando sentidos indesejáveis, redefinindo significados. O discurso é, assim, movente, sempre podendo ser outro, logo "a significação é um movimento" (Orlandi, 1992, p.33).

Orlandi (1992, p. 29), ainda, afirma “o silêncio é a matéria significativa por excelência, um *continuum* significativa. O real da significação é o silêncio (...) o silêncio é o real do discurso.” Para a teórica, o silêncio é estatuto fundador do discurso e ressalta: “O silêncio não está disponível à visibilidade, não é diretamente observável. Ele passa pelas palavras, não dura. Só é possível vislumbrá-lo de modo fugaz. Ele escorre por entre a trama das falas.” (ORLANDI, 1992, p.32).

Assim, o sujeito deixa seu *testamento vital* com uma leveza que é típica da pessoa que não tem medo da morte, que acredita que a morte não é o fim e que, muitas vezes, é o que realmente deseja aos seus pacientes que sofrem, mesmo sendo médica. E aí, não há uma contradição, como pode ser imaginado. Por ser médica sabe de todos os recursos que podem ser utilizados para salvar vidas, mas sabe que a morte é inevitável e, também, sabe quando não há o que fazer para evitar a morte.

E sabe sim, quando a morte é inevitável, que o fim da vida seja o melhor possível, sob os aspectos médicos (de cuidados, de alívio da dor) e de acordo com aquilo que a própria pessoa que está passando pela situação deseja. Ela, além dos cuidados básicos, deseja: *Quero um beijo de boa-noite e de bom-dia. Sei que meu corpo pode estar frágil e muito diferente de mim. Mas, acreditem, estarei nele; quero tomar banho todos os dias, com água quente. Quero privacidade. Que as portas do quarto e as janelas estejam fechadas; ninguém deverá sentir pena de mim.* Observamos, então, que “a morte deixa de ser um evento solitário, macabro e sóbrio, passando a fazer parte do cotidiano. É mais um dos momentos da vida em que precisamos da ajuda dos outros, agora para morrer.” (CORDEIRO, 2013, p. 71).

Sob o aspecto humano, podemos dizer que pelo *testamento vital*, as pessoas podem exercer o direito de decidir como viver quando chegar a morte. A preocupação central é a qualidade de vida. (LOPES; CUMINALE, 2012, p. 106).

Sobre o assunto, Cordeiro (2013, p. 69) salienta que o *testamento vital* constitui-se “[...] por meio de discursos que possuem vontade de verdade, enunciados que produzem e atualizam as práticas em torno do morrer, tanto no sentido da coletividade como no plano individual.”

Eliane Brum, jornalista e escritora, sendo entrevistada por Camila Apell (2015) no *blog Morte sem Tabu*, pertencente ao jornal *Folha de S. Paulo*, afirma que, embora a imprensa noticie as mortes trágicas, a grande maioria das pessoas morre de velhice ou doenças e essa morte acaba esquecida. Em suas próprias palavras:

A maioria vai morrer por velhice e doença. Essa morte, que costuma ser vivida dentro dos hospitais, passou a ser vista no século passado quase como um fracasso. No momento em que passamos a valorizar o prolongamento da vida a qualquer preço e a juventude se tornou um valor em si, o morrer passou a ser algo clandestino.

[...]

Mas eu acho que isso está começando a mudar. Por uma série de questões históricas e também com as redes sociais. Acho que estamos num tempo muito confessional. As pessoas estão falando sobre tudo.

[...]

Especialmente neste século 21, e com cada vez mais frequência, têm surgido muitos livros e relatos sobre o assunto, de pessoas passando pela experiência da morte ou do luto ou do envelhecimento, também aqui no Brasil. Uma das frases que me parece mais exata sobre isso é que **“a morte não é o contrário da vida, a morte é o contrário do nascimento. A vida não tem contrários”. A morte está dentro da vida, o morrer é a última novidade que todos nós teremos sobre a vida. A nossa última experiência viva em uma vida é o morrer.** (grifo nosso)

A entrevistada afirma que fez o seu *testamento vital*: “Já deixei esses desejos claros para a minha família. [...] Eu acho que a dignidade está em respeitar a escolha daquele que está morrendo.” (APPEL, 2015).

A heterogeneidade constitutiva que produz sentidos no *testamento vital* sob estudo, também, pode ser notada no discurso médico utilizado pelo sujeito-declarante, notadamente, em forma de negação. Sobre isso, afirma Maingueneau (1997, p. 80): “A negação pode igualmente ser objeto de uma análise polifônica”. Desenvolvendo essa proposição, o autor complementa:

Na realidade, é antiga a idéia de que é preciso distinguir, em um enunciado negativo, duas proposições, a saber, uma proposição primeira e uma outra que a nega, mas o recurso à distinção locutor/enunciador permite ajustá-la e integrá-la a um quadro mais geral. [...] a enunciação da maior parte dos enunciados negativos é analisável como encenação do choque entre duas atitudes antagônicas, [...] (MAINGUÉNEAU, 1997, p. 80)

Ao declarar: *repudio qualquer intervenção extraordinária, inútil ou fútil; não aceito que me alimentem à força; se não puder demonstrar vontade de comer; recuso qualquer procedimento de suporte à alimentação; não quero ser reanimada no caso de parada respiratória ou cardíaca*; o sujeito-declarante faz diversas negações de ordem médica.

Esses são procedimentos médicos que ocorrem ao paciente terminal: o suporte à alimentação e a reanimação/ressuscitação. Como o sujeito é ciente de que

tais procedimentos podem prolongar a vida, mas não curam ou reverterem a situação de terminalidade, não os aceita. Em verdade, o que está afirmando com essas negações é: *vou me alimentar, enquanto puder comer e tiver fome; se meu sistema respiratório ou cardíaco pararem, significa que morri, mesmo que meu cérebro ainda tenha atividade; esses atos são inúteis ou fúteis; deixem minha vida fluir para a morte, porque eu a aceito com dignidade.*

Maingueneau (1997, p. 84) aduz que existem três tipos de negação: a metalinguística, a polêmica e a descritiva. No caso sob análise, estamos diante de uma negação polêmica, pois “[...] o que é rejeitado é construído no interior da própria enunciação que o contesta.”

Quando diz o que não quer, na realidade, está dizendo o que quer. E tanto isso faz sentido, que na sequência do discurso médico (de negações), o discurso humano (de afirmações) fala o que quer, sublimando o que realmente para o sujeito tem importância no fim da vida: *quero beijo; quero banho; quero privacidade.* São cuidados que extrapolam a esfera médica.

O discurso médico é outro que significa singularmente e produz sentidos no *testamento vital*. Há um trecho do *corpus*, que trata de conteúdo médico, que foi transportado para o documento, no entanto, mesmo nas outras partes em que pudemos destacar os discursos religioso, humano e jurídico, foi possível perceber a presença do discurso médico produzindo sentidos. Sobre a questão, Cordeiro (2013, p.27) afirma:

A morte situa-se num campo de relações entre discursos jurídicos, da saúde, da medicina e da religião. Está em diálogo com os acontecimentos nesses campos, com as práticas discursivas e não-discursivas que conformam o modo como morremos no contemporâneo.

O uso de palavras e expressões, tais como: *doença grave; enfermidade incurável; intervenção médica; ação médica; UTI; procedimento de suporte à alimentação; reanimada em parada cardíaca ou respiratória; corpo frágil;* são próprios do ambiente hospitalar. Além disso, remetem para a questão dos *cuidados paliativos*, área em que atua a médica Ana Claudia.

Para compreendermos um pouco mais sobre o conceito *cuidados paliativos*, apresentamos as palavras de Matsumoto (2012, p. 26):

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde – OMS, revista em 2002, “Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.

Os princípios norteadores dos *cuidados paliativos* são: promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; não acelerar nem adiar a morte; integrar os cuidados espirituais e psicológicos no cuidado ao paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; e deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes. (MATSUMOTO, 2012, p. 26-29).

É possível notar que a ideologia dos *cuidados paliativos* está presente no *testamento vital*, no discurso médico que é apropriado pelo sujeito, que, mais uma vez, silencia. Sendo assim, ele não diz *cuidados paliativos*, no entanto, ao apresentar os cuidados médicos, descreve os *cuidados paliativos*, os quais deseja receber.

Sobre a conduta humana perante a morte, Matsumoto (2012, p. 23) ressalta:

Não se trata de cultivar uma postura contrária à medicina tecnológica, mas questionar a “tecnolatria” e **refletirmos sobre a nossa conduta, diante da mortalidade humana**, tentando o equilíbrio necessário entre o conhecimento científico e o humanismo, para **resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de se morrer em paz.** (grifo nosso)

Por isso, o discurso médico presente no *corpus* tem íntima relação com os outros discursos. Orlandi (2003, p. 86) lembra que “[...] o que caracteriza o discurso, antes de tudo, não é seu tipo, é seu modo de funcionamento.”

Na presente análise, conforme já apresentamos, constatamos a presença de diversos tipos de discurso, são eles: o religioso, o humano, o jurídico e o médico. Ao analista, porém, não é na tipologia do discurso que se encontra sua preocupação central, mas sim nas propriedades internas ao processo discursivo, com destaque para as formações discursivas e ideológicas, bem como para o modo de funcionamento do discurso.

Assim, existem diversas relações entre os diferentes discursos, sendo isso também objeto de análise. São: “[...] relações de exclusão, de inclusão, de sustentação mútua, de oposição, migração de elementos de um discurso para outro, etc.” (Orlandi, 2003, p. 88).

O discurso médico está presente nos outros discursos. No discurso humano, por exemplo, quando o sujeito diz *quero tomar banho com água quente*, apropria-se da questão médica dos cuidados com a higiene do paciente, a importância da higienização, do banho. E, em especial, nos cuidados paliativos, inclui cuidado com a vida, carinho que dignifica.

Dessa forma, também, no discurso jurídico, ao dizer *diante de uma situação de doença grave em progressão e fora de possibilidade de reversão, apresento minhas diretrizes antecipadas de cuidados à vida*. Já sabemos que *diretivas antecipadas* é o termo utilizado pela Resolução nº 1995/2012 do CFM. O sujeito mescla os discursos médico e jurídico. Como novamente o faz em *Se chegar a padecer de alguma enfermidade manifestamente incurável [...] com base no princípio da dignidade da pessoa humana e da autonomia da vontade, que aceito a terminalidade da vida e repudio qualquer intervenção [...]*.

Sobre o cruzamento de discursos, Orlandi (2003, p. 89) postula:

[...] não há texto, não há discurso, que não esteja em relação com outros, que não forme um intrincado nó de discursividade. E a natureza dessas relações é importantíssima para o analista. O leitor comum fica sob o efeito dessas relações; o analista (ou leitor que conhece o que é discurso) deve atravessá-los para, atrás da linearidade do texto (seja oral, seja escrito), deslindando o novelo produzido por esses efeitos, encontrar o modo como se organizam os sentidos.

Essas perpassagens dos e entre os discursos interessam à Análise de Discurso, visto que o analista não se preocupa com as marcas formais do texto, tampouco com o conteúdo, sua atenção recai sobre as propriedades discursivas. A

materialidade discursiva – utilizada para compreender sentidos e sujeitos marcados pela história e ideologia – é o que interessa, assim, à Análise de Discurso. Seu foco está em investigar todo esse processo de constituição de sujeitos e sentidos.

A questão dos *cuidados paliativos* é muito significativa no *testamento vital*, pois seu conteúdo ideológico impregna as formações discursivas presentes no texto. Desde o porquê em se fazer um *testamento vital*, os direitos conferidos pelo ordenamento jurídico brasileiro (vida digna, liberdade) e as questões médicas com o paciente terminal. Tudo isso, ao ser abordado pelo sujeito, o faz inserido no social, na história e na ideologia.

Em entrevista ao *blog Morte sem Tabu* do jornal *Folha de S. Paulo*, em 13 de agosto de 2015, a médica oncologista Dalva Matsumoto (APPEL, 2015), que cuida de uma Hospedaria (ou *hospice*, como é chamado o local em que pessoas recebem os cuidados paliativos), afirma:

Cuidados paliativos não é abreviar a vida, não é tirar tratamentos e possibilidades. Trata-se de oferecer um tratamento que seja *proporcional* ao paciente. Adequado ao seu momento de vida e à sua doença. É difícil, porque a sociedade acabou sendo levada a acreditar que mais é melhor. Mas às vezes, menos é mais. Tem que ter delicadeza na hora de oferecer instrumentos. Senão, pode-se levar à distansia, que é o prolongamento da vida a qualquer custo, o sofrimento por excesso de tratamentos.

Também extraída do *blog Morte sem Tabu*, a entrevista com o psicanalista Eduardo Rozenthal, em 21/11/2014 (APPEL, 2014), revela a relação da morte com a Psicanálise. Lembramos que a Psicanálise é uma das disciplinas que fazem parte da gênese da Análise de Discurso, as outras são o Marxismo e a Linguística.

Rozenthal diz que a Psicanálise é uma forma de conhecimento, uma ética da relação do sujeito com ele mesmo. A força do sujeito está depositada na morte. Quando o sujeito se constitui, algo sai de cena, e esse algo que sai de cena é que é da ordem da morte. Assim, a relação vida – morte é intrínseca ao ser humano.

A força inconsciente da morte na vida do ser humano, precisa de sensibilidade para ser lidada. O psicanalista cita o pensador Epicuro (341 a. C. – 270 a. C.) que se colocava contra o preconceito da morte, que dizia que relacionar-se com a morte seria o melhor jeito de ocupar-se com a vida.

Ao fazer seu *testamento vital*, o sujeito-declarante em seu discurso aborda o fato da sua própria morte. História e ideologia estão presentes nessa significação, pois o convívio com a terminalidade e a morte são da rotina profissional do sujeito.

O *testamento vital* impele o sujeito-declarante a pensar na finitude da sua própria vida, algo que não é confortável, mas que demonstra a relação que tem com ele mesmo.

Em Lopes e Cuminale (2012, p. 104), vemos que para algumas pessoas, somente falar sobre o *testamento vital* causa desconforto. Nos EUA, 40% dos americanos tem seu *testamento vital*. E relatam:

Nos últimos dois anos, a médica Ana Claudia Arantes propôs o testamento a 100 pacientes. Apenas 10 concordaram em fazê-lo. A maioria justificou a recusa em elaborar o documento da seguinte forma: “Ainda é cedo para pensar nisso”.

Contudo, essa é uma realidade em mudança. A existência na atualidade de um documento como o *testamento vital*, com respaldo jurídico inclusive, demonstra uma mudança de paradigma social na relação vida – morte para as pessoas, configurando-se “[...] um novo modelo para pensar a morte, no qual somos chamados a decidir sobre o nosso fim.” (CORDEIRO, 2013, p.46)

Na análise feita até aqui, já podemos notar como a Análise de Discurso pode contribuir para a compreensão do discurso jurídico. O discurso jurídico costuma ser monofônico, não costuma considerar o Outro, havendo apenas uma voz que se sobressai. Barros (2003, p. 3) afirma que “[...] o monologismo rege a cultura ideológica dos tempos modernos”. Dando continuidade ao seu pensamento, o autor ainda discorre:

Em outras palavras, **o diálogo é condição da linguagem e do discurso**, mas há textos **polifônicos** e **monofônicos**, segundo as estratégias discursivas acionadas. No primeiro caso, o dos textos polifônicos, **as vozes se mostram**; no segundo, o dos monofônicos, **elas se ocultam sob a aparência de uma única voz**. Monofonia e polifonia de um discurso são, dessa forma, efeitos de sentido decorrentes de procedimentos discursivos que se utilizam em textos, por definição, dialógicos (BARROS, 2003, p.6).

Mesmo considerando que o *testamento vital* é um gênero da esfera jurídica (no qual as vozes se ocultam sob a aparência de uma única voz, uma voz se sobressaindo às restantes – monofônico), podemos afirmar que se trata de um texto

polifônico, pois as vozes se mostram, contrariando a aparente homogeneidade de um texto jurídico.

O *testamento vital* é, portanto, um texto dialógico e polifônico. Dialógico porque resulta do embate de diversas vozes sociais. Polifônico porque essas vozes deixam-se escutar. Na presente análise, foi possível escutar as vozes dos discursos religioso, humano, médico e jurídico.

O *testamento vital* será anexado ao prontuário do paciente e a vontade será cumprida no momento oportuno. Então, a Análise de Discurso possibilita os gestos de interpretação que as marcas formais do texto não mostram, como também não mostra a análise de conteúdo do texto.

A materialidade discursiva, revelada pelo aporte teórico da Análise de Discurso e no trabalho do analista, proporcionará a escuta dos sentidos e a compreensão de como os sujeitos se constituem e significam na história e na ideologia.

É nesse ponto, que podemos dizer que este trabalho contribui para a compreensão do funcionamento da linguagem, considerando sua multidisciplinaridade. Como já dissemos, a autora desta tese tem formação na área jurídica e esta análise em muito contribui para uma outra visão do discurso jurídico de forma geral.

O discurso jurídico, como já exposto, muitas vezes, aparenta ser monofônico, mas, com apuro na observância do funcionamento da linguagem, podemos ver que se trata de discurso polifônico.

A existência do *testamento vital* e sua legitimação social ocasiona essa reflexão de como as pessoas pensam e enfrentam o fim da vida e a morte. Fazendo um percurso histórico sobre como a morte foi tratada em diferentes civilizações e épocas. Conforme apresentamos, o *testamento vital* demonstra uma forma diferente de pensar a morte, em que a própria pessoa reflete e decide sobre o seu fim.

Por essa razão, por tratar de assunto tão complexo, é permeado por tantos discursos. Reflexões sobre vida, morte, terminalidade da vida, autonomia, liberdade, cuidados médicos, cuidados pessoais, dignidade da pessoa humana, doença incurável, situação de saúde irreversível etc. são consubstanciados em um documento, com legitimação jurídica, que um dia produzirá efeitos conforme o desejo do sujeito-declarante.

No *testamento vital* da médica Ana Claudia Arantes, pudemos observar o entrelaçamento dos discursos com suas significações e produção de sentidos. Como dissemos, o texto foi publicado pela Revista *Veja*, em 2012, e Cordeiro (2013, p. 94), com base nesse texto, tece os seguintes comentários:

A revista *Veja*, por exemplo, expõe o posicionamento de autoridades sobre a morte, como a médica Ana Claudia Arantes, que inicia a reportagem em que se encontra o excerto acima com uma fala na qual apresenta o seu *testamento vital*. A médica é uma gerontologista envolvida há anos com os Cuidados Paliativos. Talvez, por ser uma das poucas médicas mulheres a ser consultada para as reportagens, seus depoimentos são bastante singularizados, especialmente quando se trata de ocupar o lugar do outro para decidir sobre decisões em torno da morte.

É na materialidade discursiva do *testamento vital* que os discursos se envolvem mutuamente e produzem efeitos que dizem respeito ao viver e ao morrer. O viver dignamente, também, contempla uma morte digna.

O sujeito, manifestando-se no *testamento vital*, garante seus direitos com relação à sua vida e à sua morte. Quando falamos em *direitos* podemos pensar, em um primeiro momento, no discurso jurídico, mas é, justamente, a polifonia encontrada no texto que nos revela os gestos de interpretação que são muito mais amplos. Por mais técnico que seja o documento jurídico, ele está aberto, atravessado por outros discursos, os quais a Análise de Discurso permite identificar e compreender.

Com a Análise de Discurso, também, observamos como é constituída a subjetividade e todo esse aprendizado, principalmente, para os profissionais da área do Direito, é imensurável.

Vamos considerar uma situação concreta na qual uma pessoa elaborou seu *testamento vital* (cumprindo todos os requisitos jurídicos para isso). Passado o tempo, essa pessoa encontra-se em uma situação de terminalidade, como já explicado. É chegado o momento de fazer valer a vontade expressa pelo paciente com relação aos cuidados de saúde de escolher receber no fim da sua vida. Então, estabelece-se um conflito, que pode ser entre um médico e a equipe médica, entre o médico e a família, entre pessoas da família etc. que divergem sobre o estabelecido no *testamento vital*, impossibilitando que seja utilizado.

Uma situação como essa pode ser objeto de um processo judicial, uma ação judicial, que precisará ser devidamente argumentada e instruída por profissionais da área jurídica: advogados, juízes, promotores, às vezes, delegados, entre outros.

Por enquanto, uma única decisão do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, de 20/11/2013, enfrentou um caso de *testamento vital*. Trata-se da Apelação Cível sob o nº 70054988266/2013 (a íntegra está em Anexos), conforme abaixo:

APELAÇÃO CÍVEL. ASSISTÊNCIA À SAÚDE. BIODIREITO. ORTOTANÁSIA. TESTAMENTO VITAL.

1. Se o paciente, com o pé esquerdo necrosado, se nega à amputação, preferindo, conforme laudo psicológico, morrer para “aliviar o sofrimento”; e, conforme laudo psiquiátrico, se encontra em pleno gozo das faculdades mentais, o Estado não pode invadir seu corpo e realizar a cirurgia mutilatória contra a sua vontade, mesmo que seja pelo motivo nobre de salvar sua vida.

2. O caso se insere no denominado *biodireito*, na dimensão da *ortotanásia*, que vem a ser a morte no seu devido tempo, sem prolongar a vida por meios artificiais, ou além do que seria o processo natural.

3. O direito à vida garantido no art. 5º, *caput*, deve ser combinado com o princípio da dignidade da pessoa, previsto no art. 2º, III, ambos da CF, isto é, vida com dignidade ou razoável qualidade. A Constituição institui o *direito à vida*, não o *dever à vida*, razão pela qual não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamento ou cirurgia, máxime quando mutilatória. Ademais, na esfera infraconstitucional, o fato de o art. 15 do CC proibir tratamento médico ou intervenção cirúrgica quando há risco de vida, não quer dizer que, não havendo risco, ou mesmo quando para salvar a vida, a pessoa pode ser constrangida a tal.

4. Nas circunstâncias, a fim de preservar o médico de eventual acusação de terceiros, tem-se que o paciente, pelo quanto consta nos autos, fez o denominado *testamento vital*, que figura na Resolução nº 1995/2012, do Conselho Federal de Medicina.

5. Apelação desprovida.

Para que o direito à autonomia da vontade, à liberdade e a dignidade da pessoa humana, no caso do paciente, sejam respeitados, o *testamento vital* deverá ser respeitado. Nesse caso, por meio de uma sentença judicial, uma determinação do Poder Judiciário, que prevalecerá sobre as divergências médicas e familiares, fazendo valer a vontade do paciente.

Esse processo será o mais justo possível, se o profissional da área jurídica puder ter a compreensão do discurso jurídico, nos moldes da Análise de Discurso, pois todo o processo judicial (petições, despachos, pareceres, provas, sentença etc.) é linguagem. Estudos da Linguagem e Análise de Discurso mostram-se essenciais para a compreensão do funcionamento da linguagem jurídica e, conseqüentemente, para a realização da Justiça.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação realizada durante o desenvolvimento desta tese nos permite, agora, chegar a algumas conclusões. Antes disso, ainda é de se considerar que nenhum estudo, por mais detalhado que seja, consegue esgotar completamente um assunto.

Aqui, fizemos uma análise do *testamento vital* da médica Ana Claudia Quintana Arantes, considerando o documento propriamente dito somado a elementos externos (artigos, entrevistas), recursos que ajudaram a compor o quadro discursivo, constituindo nosso *corpus* de análise.

Para tanto, partimos de uma realidade, na qual ainda se faz presente grande dificuldade em lidar com o assunto *morte* e com a *terminalidade da vida*. Realidade que demonstra, também, indícios de que pode mudar, mesmo que isso aconteça de forma lenta e gradativa.

Nesse contexto, surge o *testamento vital*, que foi minuciosamente estudado sob o aspecto jurídico: documental, legal e dos direitos envolvidos. Esse documento mostrou que, no exercício do direito à vida digna, à liberdade e autodeterminação, podemos manifestar vontade sobre o que desejamos, ou não, no momento da terminalidade.

Observamos que o *testamento vital*, mesmo sendo técnico e jurídico, está perpassado por outros discursos. A Análise de Discurso francesa permitiu a identificação e a compreensão de cinco discursos diferentes: o jurídico, o humano, o médico, o religioso e o familiar.

Essa observação, possibilitada pela Análise de Discurso, nos remete a algo que vai além da linguagem como forma de comunicação, alcançando o discurso, que está sempre em transformação, pois o discurso nunca é um só, sempre carrega sentidos outros.

A partir do momento em que existe a expressão da vontade documentada, com o apoio de elementos outros de análise que juntos formam o *corpus*, vimos que o discurso não é autônomo, não está isolado do contexto, mas engendrado em um complexo de discursos.

Assim, constatamos que toda a metodologia – teórica e prática – da Análise de Discurso, em especial a constituição da subjetividade, é possível ser transposta para a análise do *testamento vital*.

São os marcadores de subjetividade que nos permitem encontrar os discursos que atravessam o discurso no caso em tela. O discurso jurídico (*dignidade da pessoa humana e autonomia da vontade*), o discurso humano (*quero beijo, quero banho, quero privacidade*), o discurso médico (*enfermidade manifestamente incurável, admito ir para a UTI*), o discurso familiar (*as pessoas não de dizer: 'Que sorte morrer assim'*), o discurso religioso (*aceito a terminalidade da vida*).

A presente tese é constituída pela interdisciplinariedade entre Linguagem e Direito. Dessa forma, conceitos jurídicos foram desenvolvidos de maneira a serem compreendidos por linguistas e os conceitos de linguagem foram desenvolvidos de modo a serem acessíveis aos estudiosos do Direito.

Mas não somente acessíveis. Acessíveis e úteis. O estudo desenvolvido possibilitou, assim, reflexões sobre a relevância da Análise de Discurso para a área do Direito.

Para a Análise de Discurso, o que é transmitido pelo processo comunicativo não é, apenas, transmissão de informação, existindo todo um processo decorrente da relação entre os sujeitos e a produção dos sentidos. Dessa maneira, a subjetividade é a forma como o homem se constitui como sujeito, efeito que se significa por meio da linguagem. Portanto, para a Análise de Discurso, o sujeito é conceito essencial para a própria compreensão do discurso.

Se um profissional da área jurídica – advogado, juiz, promotor – tiver conhecimento da metodologia da Análise de Discurso, particularmente, dos marcadores de subjetividade, ele será muito mais competente para interpretar os documentos jurídicos.

Podemos afirmar, então, que trabalhamos com a hipótese de que o *testamento vital*, mesmo sendo um documento técnico, está atravessado por outros discursos. O embasamento teórico e prático da Análise de Discurso possibilita a identificação dos discursos presentes.

Esta tese comprova que o conhecimento em Análise de Discurso para a área jurídica contribui, significativamente, para uma correta aplicação do Direito, pois possibilita uma interpretação muito mais aprofundada, marcada na subjetividade, detidamente no caso de manifestação de vontade, como foi feito em nosso trabalho.

Assim como a Análise de Discurso tem o sujeito como conceito essencial para o entendimento do discurso, o Direito, também, se forma nas relações humanas. Miguel Reale, respeitadíssimo jurista brasileiro, falecido em 2006, dizia:

De “experiência jurídica”, em verdade, só podemos falar onde e quando se formam relações entre os homens, por isso denominadas *relações intersubjetivas*, por envolverem sempre dois ou mais sujeitos. Daí a sempre nova lição de um antigo brocardo: *ubi societas, ibi jus* (onde está a sociedade está o Direito). A recíproca também é verdadeira: *ubi jus, ibi societas*, não se podendo conceber qualquer atividade social desprovida de forma e garantia jurídicas, nem qualquer regra jurídica que não se refira à sociedade. (REALE, 1990, p. 02)

Sobre a linguagem do Direito, o jurista ponderava:

[...] uma palavra pode mudar de significado, quando aplicada na Ciência Jurídica.

É necessário, pois, que dediquem a maior atenção à terminologia jurídica, sem a qual não poderão penetrar no mundo do Direito. Por que escolheram os senhores o estudo do Direito e não o de outra ciência qualquer? Se pensarmos bem, nós estamos aqui nesta Faculdade para realizar uma viagem de cinco anos; cinco anos para descobrir e conhecer o mundo jurídico, e sem a linguagem do Direito não haverá *possibilidade de comunicação*. (REALE, 1990, p. 08)

Com tudo isso, sem esgotar o assunto, podemos concluir que os Estudos da Linguagem (nomeadamente a Análise de Discurso) e o Direito, apesar de ciências diferentes, convergem para um ponto especial: o sujeito, que se entrelaça no discurso, nas relações sociais.

De forma mais pontual, na grade curricular dos cursos de Direito, seria interessante a inserção de uma disciplina voltada aos Estudos em Linguagem, na qual pudesse ser desenvolvida a Análise de Discurso, até mesmo em nível de Pós-Graduação, em cursos de Especialização em Direito Médico, por exemplo. Tal medida, certamente, contribuiria no processo de capacitação de juristas mais sensíveis e qualificados para a compreensão do funcionamento da linguagem.

REFERÊNCIAS

A) ARTIGOS CIENTÍFICOS E LIVROS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. 2. ed. São Paulo: Mestre Jou, 1982.

AIETA, Vânia Siciliano. Princípios do Direito à Integridade do Corpo Humano. In: PEIXINHO, Manuel Messias; GUERRA, Isabella Franco; NASCIMENTO FILHO, Firly (Orgs.) **Os princípios da Constituição de 1988**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2001.

ALTHUSSER, Louis. **Ideologia e Aparelhos Ideológicos do Estado**. Trad. Joaquim José de Moura Ramos. Lisboa: Editorial Presença / São Paulo: Martins Fontes, 1974.

_____. Resposta a John Lewis. In: **Posições I**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

AMORIM, Cloves. Princípio da beneficência e da não-maleficência. In: URBAN, Cícero de Andrade (Org.). **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

AUGUSTINI, Cármen; RODRIGUES, Eduardo Alves. O silêncio e o real. In: RODRIGUES, Eduardo Alves; SANTOS, Gabriel Leopoldino dos; CASTELLO BRANCO, Luiza Katia Andrade (Orgs.). **Análise de discurso no Brasil: pensando o impensado sempre**. Uma homenagem a Eni Orlandi. Campinas: RG, 2011.

AUTHIER-REVUZ, Jacqueline. Heterogeneidade(s) enunciativa(s). In: ORLANDI, Eni Puccinelli; GERALDI, João Wanderley (Orgs.). **Cadernos de estudos linguísticos**. Campinas/SP, UNICAMP – IEL, n. 19, jul/dez., 1990.

BAKHTIN, Mikhail. **Estética da criação verbal**. Tradução de Paulo Bezerra. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

BARROS, Diana Luz Pessoa de. Dialogismo, polifonia e enunciação. In: _____; FIORIN, José Luiz (Orgs.). **Dialogismo, polifonia e intertextualidade: em torno de Bakhtin**. 2. ed. São Paulo: Editora da USP, 2003, p. 01-09.

BARROS, Diana Luz Pessoa de; FIORIN, José Luiz (Orgs.). **Dialogismo, Polifonia e Intertextualidade: em torno de Bakhtin**. 2. ed. São Paulo: Editora da USP, 2003.

BASTOS, Celso Ribeiro. **Comentários à Constituição do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 1988.

BLACK'S LAW DICTIONARY WITH PRONUNTIATIONS. 5th. Ed. West Publishing CO, 1879.

BRAGA FILHO, Carlos Ehlke. Princípio da justiça. In: URBAN, Cícero de Andrade (Org.). **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

BRANDÃO, Helena Hathsue Nagamine. **Introdução à análise do discurso**. 2. ed. Campinas/SP: Editora da Unicamp, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília/DF, 1988.

BRASIL. Congresso Nacional. Decreto nº 592, de 06 de julho de 1992. Promulga o Pacto Internacional sobre direitos civil e políticos da XXI Assembleia das Nações Unidas.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1995, de 09 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, de 31 ago. 2012. Seção I, p. 269-270.

BRASIL. **Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul**. Apelação Cível nº 70054988266/2013. 1ª Câmara Cível. Apelante: Ministério Público. Apelado: João Carlos Ferreira. Relator: Desembargador Irineu Mariani. Porto Alegre, 20 de novembro de 2013.

BRÉAL, Michel (1897). **Ensaio de Semântica**: ciência das significações. Tradução de Eduardo Guimarães et al. 2. ed. Campinas: RG, 2008.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 4. ed. Coimbra [Portugal]: Almedina, 2000.

CARVALHO, Kildare Gonçalves. **Direito Constitucional Didático**. 6. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 1999.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Tradução de Ingrid Müller Xavier. Belo Horizonte/MG: Autêntica, 2009.

CHARAUDEAU, Patrick. Da linguística da língua à linguística do discurso, e retorno. Tradução de Bianca M. Q. Damacena e Fabiane V. Burlamaque. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade de Passo Fundo**, v. 10, n. 2, p. 227-236, jul./dez. 2014.

CHARAUDEAU, Patrick; MAINGUENEAU, Dominique. **Dicionário de análise do discurso**. Tradução de Fabiana Komesu. São Paulo: Contexto, 2004.

CHAVES, Antônio. **Direito à vida e ao próprio corpo**: intersexualidade, transexualidade, transplantes. 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1994.

CORDEIRO, Franciele Roberta. **Eu decido meu fim? – a mídia e a produção de sujeitos que governam sua morte**. 2013.160 f. Dissertação (Mestrado em

Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

CRETELLA JÚNIOR, José. **Comentários à Constituição Brasileira de 1988**: arts. 1º a 5º, LXVII. v. 1. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988.

DADALTO, Luciana. **Testamento vital**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

DE CUPIS, Adriano. **I diritti della personalità**. 2. ed. Milão, Itália: Dott. A. Giuffrè, 1942.

_____. **Os direitos da personalidade**. Lisboa: Moraes, 1961.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2001.

FARACO, Carlos Alberto. Estudo pré-saussurianos. In: MUSSALIM, Fernanda; BENTES, Anna Christina (Orgs.) **Introdução à linguística**: fundamentos epistemológicos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005. v. 03. p. 27-52.

FIORIN, José Luiz. **Elementos de análise do discurso**. 13. ed. São Paulo: Contexto, 2005.

FLORES, Valdir do Nascimento; BARBISAN, Leci Borges; FINATTO, Maria José Bocorny; TEIXEIRA, Marlene. (Orgs.) **Dicionário de linguística da enunciação**. São Paulo: Contexto, 2009.

FOUCAULT, Michel (1969). **A arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 5.ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

_____. _____. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 7. ed. 7. reimp. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 02 de dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. 5. ed. São Paulo: Loyola, 1999.

FRANÇA, Genival Veloso de. Deontologia Médica e Bioética. In: URBAN, Cícero de Andrade (Org.) **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. **Novo Curso de Direito Civil**. São Paulo: Saraiva, 2014. v. 7 (Direito das Sucessões)

GALLI, Mariângela Peccioli. Enunciação e discursividade em enunciados do cotidiano. In: **ALFA – Revista de Linguística da UNESP**. São Paulo, UNESP: 1995. v. 39. p. 131-143.

GIOSTRI, Hildegard Taggesell. O paciente terminal: reflexões sobre o limite do poder de escolha entre a vida e a morte. **Argumenta**. Jacarezinho/PR, p. 96- 129, FUNDINORPI, n. 02/2002.

_____. Entendendo a responsabilidade médica. **Jornal da Ordem dos Advogados do Brasil** (OAB – Paraná). n. 99, julho de 2003.

_____. **Responsabilidade médica**: as obrigações de meio e de resultado: avaliação, uso e adequação. Curitiba: Juruá, 2004.

GREGOLIN, Maria do Rosário Valencise. A Análise do Discurso: Conceitos e Aplicações. **ALFA** - Revista de Linguística da UNESP, n. 39, São Paulo, UNESP, 1995, p. 13 – 21.

GUIMARÃES, Eduardo. **Semântica do Acontecimento**. Campinas: Pontes, 2002.

_____. Prefácio. In: BRÉAL, Michel. **Ensaio de Semântica**: ciência das significações. Tradução de Eduardo Guimarães et al. 2 ed. Campinas: RG, 2008.

_____. **Análise de texto**: procedimentos, análises, ensino. Campinas/SP: RG, 2011.

HENRY, P. Os fundamentos teóricos da Análise Automática do Discurso de Michel Pêcheux. In: GADET, F.; HAK, T. (Orgs.) **Por uma análise automática do Discurso**: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Tradução de Bethania Mariani et al. Campinas: Editora da Unicamp, 1993.

HOUAISS, Antonio. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

ILARI, Rodolfo. **O estruturalismo linguístico**: alguns caminhos. In: MUSSALIM, Fernanda; BENTES, Anna Christina (orgs.) **Introdução à linguística**: fundamentos epistemológicos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005. v. 03. p. 53-92.

KFOURI NETO, Miguel. **Culpa médica e ônus da prova**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

LACAN, Jacques (1964). **O seminário, livro 11**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

LAGAZZI, Suzy Maria. De repente, bem mais que 'de repente'. In: GUIMARÃES, Eduardo (Org.). **História e sentido na linguagem**. Campinas/SP: Pontes, 1989, p. 149 -163.

LAKATOS, Eva M.; MARCONI, Marina A. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1991.

LEPARGNEUR, Hubert. Princípio da Autonomia. In: URBAN, Cícero de Andrade (Org.). **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

MAINGUENEAU, Dominique. **Novas tendências em análise do discurso**. Tradução de Freda Indursky. 3. ed. Campinas/SP: Pontes, 1997.

MALDIDIER, Denise. **A inquietação do discurso**: (re)ler Michel Pêcheux hoje. Campinas/SP: Pontes, 2003.

MARCUSCHI, Luiz Antônio. **Produção textual, análise de gêneros e compreensão**. São Paulo: Parábola, 2008.

MILANEZ, Nilton; SANTOS, Janaína de Jesus (Orgs.). **Análise do discurso: sujeito, lugares e olhares**. São Paulo: Claraluz, 2009. E-book.

MÖLLER, Letícia Ludwig. **Direito à morte com dignidade e autonomia**. Curitiba: Juruá, 2012.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MUSSALIM, Fernanda. Análise do Discurso. In: _____; BENTES, Anna Christina (Orgs.). **Introdução à lingüística: domínios e fronteiras**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006, v. 2, p. 101-142

MUSSALIM, Fernanda; BENTES, Anna Christina (Orgs.). **Introdução à lingüística: fundamentos epistemológicos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005. v. 3.

_____. **Introdução à lingüística: domínios e fronteiras**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006. v. 2.

NUNES, Rizzato. **O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana: doutrina e jurisprudência**. São Paulo: Saraiva, 2002.

NUNES, Rui; MELO, Helena Pereira de. **Testamento vital**. Coimbra [Portugal]: Almedina, 2011.

OLIVEIRA, Simone Born de. **Da bioética ao direito: manipulação genética & dignidade da pessoa humana**. Curitiba: Juruá, 2002.

OLIVEIRA, Roberta Pires de. Semântica. In: MUSSALIM, Fernanda; Bentes, Anna Christina (orgs.). **Introdução à linguística: domínio e fronteiras**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006, v. 2, p.17-46.

ORGAZ, Alfredo. **Personas individuales**. Buenos Aires [Argentina]: Depalma, 1947.

ORLANDI, Eni Puccinelli. Silêncio e Implícito (Produzindo a monofonia). In: GUIMARÃES, Eduardo (Org.). **História e Sentido na Linguagem**. Campinas/SP: Pontes, 1989, p. 39-46.

_____. Efeitos do verbal sobre o não-verbal. **Rua**. Campinas, UNICAMP, n. 1, p. 35-47, 1995.

_____. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 5. ed. Campinas: Pontes, 2003.

_____. _____. 12. ed. Campinas: Pontes, 2015.

_____. **Discurso e texto: formulação e circulação dos Sentidos**. 2. ed. Campinas/SP: Pontes, 2005.

_____. (1992). **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos**. 6. ed. Campinas/SP: Editora da Unicamp, 2007.

PÊCHEUX, Michel. Análise automática do discurso. In: GADET, F; HAK, T (Orgs). In: **Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux**. Tradução de Bethania Mariani et al. Campinas: Editora da Unicamp, 1993.

_____. **O discurso: estrutura ou acontecimento**. Tradução de Eni Puccinelli Orlandi. 3. ed. Campinas/SP: Pontes, 2002

_____. (1975). **Semântica e Discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. Tradução de Eni Puccinelli Orlandi et al. 5 ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2014.

PEREIRA, André Gonçalo Dias. **O consentimento informado na relação médico-paciente**. Coimbra: Coimbra Ed., 2004, p. 371. (Publicações do Centro de Direito Biomédico. v. 9)

PEREIRA, Pâmela Cristina Salles; CASTRO, Déborah Azenha. Testamento Vital e o viver-com-o-outro: um caminho para refletir sobre a morte? **Terra e Cultura**, Londrina/PR, ano 30, p. 103-109, edição especial, 2014.

PÉREZ, Jesús González. **La dignidad de la persona**. Madrid: Civitas, 1986.

POSSENTI, Sírio. **Discurso, estilo e subjetividade**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

_____. Teoria do Discurso: um caso de múltiplas rupturas. In: MUSSALIM, Fernanda; BENTES, Anna Christina. **Introdução à lingüística: fundamentos epistemológicos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005. p. 353-392.

PRATA, Ana. **A tutela constitucional da autonomia privada**. Coimbra: Almedina, 1982.

RANCIÈRE, Jacques. **Os nomes da história**: um ensaio de poética do saber. Campinas: Pontes/EDUC, 1994.

REALE, Miguel. **Lições preliminares de Direito**. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

ROBERTO, Luciana Mendes Pereira. **Responsabilidade civil do profissional de saúde&consentimento informado**. 2. ed. (3. reimpressão). Curitiba: Juruá, 2012.

RODRIGUES, João Vaz. **O consentimento informado para o acto médico no ordenamento jurídico português**: Elementos para o estudo da manifestação da vontade do paciente. Coimbra: Coimbra, 2001.

RODRIGUES JUNIOR, Otávio Luiz. Diretivas Antecipadas de Vontade: questões jurídicas sobre seu conceito, objeto, fundamento e formalização. In: SILVEIRA, Renato de Mello Jorge; GOMES, Mariângela Gama de Magalhães (orgs.). **Estudos em homenagem a Ivette Senise Ferreira**. São Paulo: LiberArs, 2015.

SANTORO, Luciano de Freitas. **Morte digna**: o direito do paciente terminal. Curitiba: Juruá, 2012.

SCHERMACK, Keila de Quadros; FREITAS, Ernani Cesar de. A formação discursiva e as condições de produção no discurso vieiriano: uma análise do sermão de Santo Antônio. **MOARA**, n.37, p.45-59, jan./jun., 2012, Estudos Literários. Programa de Pós-Graduação em Letras / Universidade Federal do Pará.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 16 ed. São Paulo: Malheiros, 1999.

SILVEIRA, Renato de Mello Jorge; GOMES, Mariângela Gama de Magalhães (orgs.). **Estudos em homenagem a Ivette Senise Ferreira**. São Paulo: LiberArs, 2015.

SINGER, Peter. **Ética prática**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SIQUEIRA, José Eduardo de. Educação Bioética para profissionais de saúde. **Bioethikos**. Centro Universitário São Camilo. 2012; 6 (1); 66-77.

_____. A bioética e a revisão dos códigos de conduta moral dos médicos no Brasil. **Bioética**, n.16 (1), p. 85-95, 2008.

SOUSA, Reindranath V. A. Capelo de. **O Direito Geral de personalidade**. Coimbra [Portugal]: Coimbra, 1995.

SZANIAWSKI, Elimar. **Direitos de personalidade e sua tutela**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1993.

TARTUCE, Flávio. **Direito Civil** (Direito das Sucessões). São Paulo: Forense, v. 6, 2016.

VOLGO, Marie-José Del. **O instante de dizer**: o mito individual do doente sobre a medicina moderna. São Paulo: Escuta, 1998.

B) ARTIGOS EM SEMANÁRIOS E *MAGAZINES*

BONFIM, Mariana. Como será o seu fim? **Revista Superinteressante**, nº 324, out/2013. Disponível em: <http://super.abril.com.br/ciencia/como-sera-o-seu-fim>. Acesso em 30 abr. 2016.

LOPES, Adriana Dias. Quem decide é o paciente. **Veja**, São Paulo, p. 17-21, 25 jan. 2012.

LOPES, Adriana Dias; CUMINALE, Natália. O Direito de Escolher. **Veja**, São Paulo, p. 98-106, 12 set. 2012.

TOLEDO, Roberto Pompeu de. Que morte? **Veja**. São Paulo, p. 110, 04 mar. 2015.

C) BLOGS, TRABALHOS PUBLICADOS EM MEIO ELETRÔNICO E OUTROS ACESSOS

APPEL, Camila. *Blog* Morte sem Tabu (artigos diversos). **Folha de S. Paulo**. Disponível em: <http://mortesemtabu.blogfolha.uol.com.br/>.

_____. **Não é uma questão do morrer cedo ou tarde, mas de morrer bem ou mal**. 11 abr. 2014. Disponível em: <http://mortesemtabu.blogfolha.uol.com.br/2014/11/04/nao-e-uma-questao-de-morrer-cedo-ou-tarde-mas-de-morrer-bem-ou-mal/>. Acesso em: 28 fev. 2016.

_____. **Brasileiros aderem a documento que guia tratamentos no final da vida**. 22 dez 2015. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2015/12/1721973-brasileiros-aderem-ao-documento-que-guia-tratamentos-em-fase-terminal.shtml>. Acesso em: 28 fev. 2016

_____. **É melhor morrer em casa ou no hospital?** 08 out 2015. Disponível em: <http://mortesemtabu.blogfolha.uol.com.br/2015/10/08/e-melhor-morrer-em-casa-ou-no-hospital/>. Acesso em: 28 fev. 2016.

_____. **França aprova a sedação terminal e o cumprimento obrigatório do testamento vital**. 19 mar 2015. Disponível em: <http://mortesemtabu.blogfolha.uol.com.br/2015/03/19/franca-aprova-a-sedacao-terminal-e-o-cumprimento-obrigatorio-do-testamento-vital/>. Acesso em: 28 fev. 2016.

_____. **Pagos para morrer.** 26 fev 2016. Disponível em: <http://mortesemtabu.blogfolha.uol.com.br/2016/02/26/pagos-para-morrer/>. Acesso em: 28 fev. 2016.

BARONAS, Roberto Leiser. Formação Discursiva e Discurso em Foucault e em Pêcheux: notas de leitura para discussão. **V SEAD – Seminário de Estudos em Análise do Discurso.** UFRS. Porto Alegre: 2011. Disponível em: <http://anaisdosead.com.br/5SEAD/SIMPOSIOS/RobertoLeiserBaronas.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2016.

GARCIA, Célio. **Univocidade do ser em Deleuze.** Disponível em: http://ebp.org.br/wpcontent/uploads/2012/08/Celio_Garcia_Univocidade_do_Ser_em_Deleuze1.pdf. Acesso em: 30 abr. 2016 .

HEBMÜLLER, Paulo. **A médica que prescreve poesia na lida diária com a morte.** 2012. *Jornal da USP online.* Disponível em http://www5.usp.br/wp-content/uploads/ana_claudia_arantes_entrevista_usponline.pdf. Acesso em: 28 abr. 2016.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Testamento vital: autonomia no fim da própria vida.** 2015. Disponível em: <https://www.einstein.br/noticias/noticia/testamento-vital-autonomia-fim-propria-vida>. Acesso em: 04 maio 2016.

JOÃO PAULO II, Papa. **Encíclica *Evangelium Vitae*.** 1995. Disponível em: http://w2.vatican.va/content/johpaulii/pt/encyclicals/documents/hf_jpii_enc_25031995_evangelium-vitae. Acesso em: 28 fev. 2016.

LAGAZZI, Suzy. Linha de Passe: a materialidade significativa em análise. **Rua** [online]. Campinas/SP, v.2, n. 16. 2010. ISSN 1413-2109. Consultada no Portal Labeurb – Revista do Laboratório de Estudos Urbanos do Núcleo de Desenvolvimento da Criatividade. Disponível em: <http://www.labeurb.unicamp.br/rua/>. Acesso em 18 abr 2016.

MARQUEZAN, Reinaldo. A constituição do *corpus* de pesquisa. **Educação Especial.** v. 22, n. 33, p. 97-110, jan./abr. 2009, Santa Maria. Disponível em: periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/viewFile/172/102

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados paliativos: cuidados, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Fonseca. **Manual de Cuidados Paliativos ANPC.** 2. ed. 2012. Disponível em: www.paliativo.org.br/noticias/tag/manual-de-cuidados-paliativos-ancp/. Acesso em 30 abr 2016.

RIBEIRO, Maria Fernanda. Leitora escreve sobre a dor da perda do pai. **Folha de São Paulo.** *Blog Morte sem Tabu,* 12 abr 2016. Disponível em: <http://mortesemtabu.blogfolha.uol.com.br/2016/04/12/leitora-escreve-sobre-a-dor-da-perda-do-pai/>. Acesso em: 16 abr. 2016.

ROSELVALD, Nelson. Há fungibilidade entre a tomada de decisão apoiada e as diretivas antecipadas de vontade? Disponível em: <http://www.nelsonrosenvald.info/#!H%C3%A1-fungibilidade-entre-a-tomada-de-decis%C3%A3o-apoiada-e-as-diretivas-antecipadasdevontade/c21xn/574e00820cf25085214d4764de31/05/2016>. Acesso em: 26 ago. 2016.

SOUZA, José de Fátima. **Perto de morrer, Alexandre, o Grande, fez 3 pedidos aos seus ministros.** 2015. Disponível em: <http://www.blogdozedefatima.com.br/?p=4904>. Acesso em: 03 maio 2016.

D) ENTREVISTAS

ARANTES, Ana Claudia. **Ensinando a morrer (Parte 1).** 28 mar. 2016. Entrevista concedida a Sandra Soares. Disponível em: <http://vamosfalarsobreluto.com.br/2016/03/28/ensinandoamorrer/>. Acesso em: 30 abr 2016.

_____. **Ensinando a morrer (Parte 2).** 04 abr. 2016. Entrevista concedida a Sandra Soares. Disponível em: <http://vamosfalarsobreluto.com.br//2016/03/28/ensinandoamorrer/>. Acesso em: 30 abr 2016.

_____. **Ensinando a morrer (Parte 3).** 14 abr. 2016. Entrevista concedida a Sandra Soares. Disponível em: <http://vamosfalarsobreluto.com.br/2016/03/28/ensinandoamorrer/>. Acesso em: 30 abr 2016.

BRUM, Eliane. **Entrevista com Eliane Brum.** 20 ago. 2015. Entrevista concedida a Camila Appel. Disponível em: <http://mortesemtabu.blogfolha.uol.com.br/2015/08/20/entrevista-com-eliane-brum/>. Acesso em: 09 maio 2016.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. **Um dia numa hospedaria de cuidados paliativos.** 13 ago. 2015. Entrevista concedida a Camila Appel. Disponível em: <http://mortesemtabu.blogfolha.uol.com.br/2015/08/13/um-dia-numa-hospedaria-de-cuidados-paliativos/>. Acesso em: 09 maio 2016.

ORLANDI, Eni Puccinelli. Análise de Discurso: conversa com Eni Orlandi. **Teias**, ano 7, n. 13-14, Rio de Janeiro, ProPed, UERJ, p. 1-7, jan/dez. 2006, p. 2-3). Entrevista concedida a Raquel Goulart Barreto.

ROZENTHAL, Eduardo. **Psicanálise e morte.** 21 nov. 2014. Entrevista concedida a Camilla Appel. Disponível em: <http://mortesemtabu.blogfolha.uol.com.br/2014/11/21/psicanalise-e-morte-assista/>. Acesso em: 09 maio 2016.

ANEXOS

ANEXO A

ANEXO A – Entrevistas com Ana Claudia Quintana Arantes

Ensinando a morrer

É possível "morrer bem"? Como podemos melhorar o final da vida de um doente terminal? Especialista em cuidados paliativos, a médica Ana Cláudia Quintana Arantes vem ajudando muitas pessoas (e suas famílias) a viverem com delicadeza e amor o momento da despedida Sandra Soares 28/03/2016

Quem cede a palavra à médica **Ana Cláudia Quintana Arantes** não tem vontade de tomá-la de volta. Ana Cláudia é tão sensível, tão carismática, tão cheia de sabedoria e de boas histórias que é possível ouvi-la durante horas e horas e ainda terminar o papo querendo mais. Especialista em geriatria e cuidados paliativos – área que procura melhorar a qualidade de vida de pessoas diante de **doenças incuráveis** –, ela cuida de seus pacientes (e também dos familiares dos doentes) com uma delicadeza gigante como seu sorriso largo. Os pacientes são muitos (Ana Cláudia atende no Hospital das Clínicas, no Albert Einstein e na ONG Casa do Cuidar) e por isso o tempo corre. De uma conversa de pouco mais de uma hora que eu e a Cynthia de Almeida, nossa colega aqui no site, tivemos com a médica resultou a entrevista que publicamos aqui praticamente na íntegra, em três capítulos (este é o primeiro deles). Pouca coisa ficou de fora – simplesmente porque tudo é bom! Com a palavra, Ana Cláudia:

Por que você escolheu trabalhar na área de cuidados paliativos?

Na faculdade eu tive muita dificuldade em ver o sofrimento dos pacientes. Diante de quem estava com muita dor, eu sofria junto. Nos casos em que não havia mais possibilidade de tratamento eu via famílias numa condição de total abandono... Eu perguntava: 'Não tem mais jeito a doença, mas e a dor dele e da família? Não vão fazer nada?'. E daí vinha a maldita frase: "mas não tem nada para fazer"! Eu não me conformava com isso, ficava insistindo com os professores. Nos ensinam a ver o paciente como um instrumento de manifestação da doença e eu queria ver a pessoa através da doença. Daí fui procurar ajuda psicológica com o pessoal que dava suporte para os alunos. A psicóloga me disse: "você é muito sensível, não pode misturar as coisas". Eu continuava sofrendo, então decidi parar a faculdade. Fiquei fora da USP seis meses, mas como não conseguia achar outra coisa que pudesse fazer, acabei voltando e consegui terminar. Aí tinha que decidir a residência e, das áreas todas, eu gostava mais de geriatria. Eu achava que alguma aproximação as pessoas idosas deveriam ter com o conceito da morte, que para mim era tão difícil... Vendo o envelhecimento normal, quem sabe eu descobrisse algo sobre ela? Optei pela residência em **geriatria**. Internavam muitos pacientes com **câncer**, a maior parte sem condições de tratamento... E eu pegava todos os moribundos. Os pacientes em estágio terminal ninguém quer pegar, já que você não precisa fazer exames, salvar. Na residência eu conheci uma enfermeira que me deu um livro que mudou tudo: "**Sobre a Morte e o Morrer**", da **Elisabeth Kubler-Ross** (leia mais sobre o livro [aqui](#)). Naquela noite eu li o livro inteiro e foi... Sabe Moisés quando o mar se abriu? Eu estava me afogando no meu sofrimento, sem saber nem o que procurar, mas ao ler o livro ganhei uma direção: **cuidados paliativos**.

Por que este livro foi tão importante?

O grande dilema da gente é não saber fazer a pergunta. E se você não sabe fazer a pergunta a resposta não vem. O livro me ajudou a encontrar as minhas perguntas.

Que perguntas você costuma fazer aos pacientes?

Procuro o jeito da pessoa lidar com a doença, procuro mapear o contexto emocional dela. Sempre faço três perguntas importantíssimas:

1. Do que você tem medo?
2. Por que você acha que vale a pena estar vivo?
3. O que você está disposto a fazer para permanecer vivo?

Se você diz que tem medo da dor, eu falo que pode ficar tranquilo porque tem medicamentos que ajudam nisso. Se você me conta que vale a pena ficar vivo por causa dos seus filhos, eu pergunto o que você faria para continuar perto deles. Supondo que você responda "eu faria tudo", vou perguntar: "Você faria uma cirurgia? Iria para a UTI por causa de seus filhos? Faria diálise?" Eu preciso oferecer caminhos de tratamento considerando os motivos do paciente e não os meus como médica! Tive um paciente com câncer de próstata avançado que não queria fazer diálise de jeito nenhum. Respeitei. Até que um tempo depois a filha dele engravidou e ele mudou de ideia. Aí o difícil foi convencer os nefrologistas da indicação de diálise para um paciente com câncer avançado. O pessoal me alfinetava: "Você fez especialização no teste da revista Cláudia, é?!". Eu falava: "Veja bem, a indicação da diálise aqui é um **prolongamento da**

vida dele, um prolongamento com grau de sofrimento, mas é um sofrimento com sentido porque esse paciente vai conhecer o neto dele”.

Se o ensino da medicina é focado na doença e não na pessoa doente, os cuidados paliativos não devem ser muito valorizados nos hospitais... Difícil trabalhar nessa área, não?

No geral, o cuidado paliativo é considerado um fracasso ou um cuidado menor. Você olha a parte de home care dessas empresas que dizem cuidar de **pacientes terminais**... Cuidam o caramba! Elas mandam os piores profissionais porque acham que, já que o paciente vai morrer, não tem muito o que fazer. Então pegam o técnico que não tem nada a ver, o médico que acabou de entrar, a psicóloga desvairada e mandam todo esse povo louco cuidar do paciente que está morrendo. Mas esses pacientes não têm tempo para desperdiçar com pessoas que não sabem o que estão fazendo... É o contrário! Eles têm que receber a visita dos mais experientes. Tive a sorte de trabalhar com uma equipe de oncologia no [hospital] Einstein bem mais amadurecida nessa questão de sucesso e do fracasso. Em outras áreas ainda é um tabu não conseguir salvar o paciente, mas na oncologia a morte está mais presente porque o câncer em muitos casos é uma sentença de morte. Foi essa convivência com esses médicos que trouxe para mim a grandeza do não saber.

Como assim?

Um dia eu estava acompanhando um profissional super renomado no atendimento a uma senhora que era paciente dele há muitos anos. Ele simplesmente assumiu para ela que não sabia mais o que fazer. Ele falou: “desmarquei minhas consultas hoje e vou me reunir com alguns amigos de fora para discutir o seu caso e espero voltar com uma proposta”. Eu fiquei tão impressionada com aquilo... Mais tarde, entrei no quarto dessa senhora imaginando que ela estaria mal e pensando no que eu poderia dizer... Mas ela estava ótima, conversando com as amigas e contando que estava feliz porque tinha o melhor médico do mundo. Ela dizia, orgulhosa: “ele desmarcou o consultório para estudar e cuidar de mim!!!”. Fiquei cinco anos com esse grupo de médicos. Depois dessa experiência fui convidada pelo Einstein para expandir o trabalho, implementando as políticas de cuidados paliativos no hospital, inclusive treinando as pessoas para prestar atendimento. Enfim os cuidados paliativos entraram num grande hospital pela porta da frente!

Quem é o paciente de cuidados paliativos?

Toda pessoa que tem uma doença grave e incurável. Mas há casos em que no começo da doença nem tem sintoma. Então quando fica clara a necessidade dos cuidados paliativos? Quando o paciente tem a progressão da doença e o tratamento que é oferecido não modifica o curso natural dela. Daí a pessoa faz o tratamento para ter melhor qualidade de vida no tempo que lhe resta. Eu tenho uma paciente que recebeu um diagnóstico de câncer num exame de rotina e não teve nenhum sintoma da doença, mas teve do tratamento. E daí ela me procurou para cuidar desses sintomas.

Você trata também dos sintomas emocionais?

Você tem que lidar com tudo que permeia a condição da pessoa doente, considerando inclusive o que ela sente em relação ao que está vivendo. Porque jeito de lidar com a realidade é um negócio absolutamente individual. É de cada um. Tem gente que quer conhecer a própria doença a fundo, tem gente que prefere não saber...

O que você faz nesses casos em que a pessoa se agarra a qualquer coisa para negar sua própria situação?

Tive casos assim, mas é muito difícil que venham para mim porque solicitar o meu atendimento pressupõe que existe a aceitação da possibilidade de morrer. O que já vivi foram experiências em que existiam diferentes opiniões na família. Recebi um senhor sobre quem os médicos tinham dito que não havia mais o que fazer, mas a família optou por não contar a ele porque ele não queria saber. O que essa experiência mostrou? Que trancar o exame numa gaveta e dizer que os leucócitos estão fraquinhos – ou seja, deixar tudo no diminutivo para tentar tirar a gravidade da situação – não adianta. A pessoa doente sabe, porque o corpo dela sabe! Se ela não consegue levantar da cama, tem alguma coisa errada acontecendo, não é “só uma coisinha”. Mas tem gente que morre assim, na negação. Não se trata de esperança, é uma ilusão mesmo. Esse senhor não soube da verdade por todas as letras mas lidou com ela. Se despediu, fez todos os processos que uma pessoa que soubesse faria. Ele lidou com a realidade e não com a notícia, entende? E o que mais importa é lidar com a realidade.

Muitos médicos defendem essa ideia de que é preciso dizer sempre a verdade ao paciente...

Sim, muita gente diz que o paciente tem o direito de saber e eu concordo – mas desde que ele queira saber! Tem gente que até pensa que sabe... O contato com esse senhor foi muito lindo. Eu cheguei ao hospital, me apresentei e expliquei o que eu poderia fazer por ele. Falei que voltaria mais tarde, mas que não me esperasse pois não tinha previsão de hora. Ele me esperou com um chá até as 23h. Eu perguntei “Como o senhor está vendo tudo isso que está acontecendo?” e fui fazendo um resumo do quadro dele, lembrando os cinco anos de convivência com a doença, todas as transfusões de sangue... Ele foi concordando com cada referência e ao final eu perguntei de novo “Como o senhor está vendo tudo isso que está acontecendo nos últimos tempos?”. Ele chamou a esposa e disse: “Amor, como eu estou vendo tudo isso?”. Nesse momento eu entendi que ele só iria ver o que ela permitisse que ele visse. E eu soube que tinha que trabalhar o olhar da esposa. Se eu conseguisse fazer com que ela aceitasse o processo da realidade encontraria caminhos para trabalhar com ele. Num caso como esse, os profissionais mais fundamentalistas defenderiam que tem que contar de qualquer jeito. Gente, são 60 anos de convivência! Quem sou eu para dizer que esse casal não está funcionando direito? Eu tenho que dançar a música que eles tocarem.

Como terminou essa história?

Com o tempo a mulher se acalmou e foi permitindo... Antes ela não deixava que os amigos visitassem o marido porque achava que ao ver a reação das outras pessoas ele iria entender que estava mal. Aí eu falei: “Ele está mal... Ele valoriza muito os amigos e ele não tem muito mais tempo consciente, não ia ser legal se ele tivesse essa coisa gostosa?”. Aí com o tempo ela foi cedendo e abrindo esse espaço. Eu tento mostrar às pessoas que a lágrima é boa!

Ensinando a morrer (parte 2)

Diante do fim, todo o resto deixa de ter importância e aparece apenas o essencial. Na segunda parte da entrevista com a médica Ana Claudia Quintana, ela conta como trabalha para refazer e resgatar laços da família do paciente que vai morrer.

Sandra Soare 04/04/2016

Na segunda parte da entrevista com a doutora Ana Claudia, ela fala dos mistérios e dos medos mais comuns em torno da morte. Leia a primeira parte da entrevista [aqui](#) e, na próxima semana, confira a terceira e última parte.

Você nos contou que sempre pergunta aos pacientes do que eles mais têm medo em relação à morte... Quais são as respostas mais comuns?

As pessoas têm medo da parte física da dor, de sentir dor insuportável. Existe também o **medo** de ser esquecido e o medo de não ter feito tudo que poderia ser feito. Medo de que a vida não tenha valido a pena.

Deve ser muito frequente também o medo do que vem (ou não vem) depois da morte, não? Medo diante do desconhecido.

As pessoas costumam dizer que têm medo do depois ou do durante. Tem uma música do Gilberto Gil que é brilhante. Ela fala assim: “Eu não tenho medo da morte, eu tenho medo do morrer, porque na morte eu não estou mais, mas no morrer eu não sei o que vai dar”. É do processo de morrer que as pessoas têm medo.

O paciente de cuidados paliativos passa pela experiência de viver o luto da própria morte...

Sim. O maior luto é o dele e não o da família. Porque ele se despede de tudo e de todos e cada pessoa da família só se despede dele. É um luto imenso vivido enquanto todo mundo está lá, cada qual no seu próprio mundo, tentando proteger a própria dor. Esse luto vivido com a pessoa viva se chama **luto antecipatório**. Para a família, quando existe essa possibilidade se favorece o luto saudável no pós-morte.

Como você trabalha o luto antecipatório com os parentes do doente?

Primeiro eu tenho que ter a permissão de alguém da **família** para lidar com isso. O fato de eu estar no caso significa que alguém já concedeu essa possibilidade. Eu começo perguntando como cada um está enfrentando a experiência da doença. Se uma filha, por exemplo, fala que ela acha que o pai vai superar o problema, eu vou com ela pelo caminho que ela criou tentando mostrar o processo de piora. Vamos falando sobre cada etapa. Vou perguntando se ela percebe que nos anos de tratamento as coisas mudaram e não foram para melhor. Aí pergunto: “Como você acha que ele (o seu pai) está?”. Nessa hora geralmente a pessoa chora, porque se coloca no lugar do outro e vê que não está fácil para ele. E quando a pessoa se emociona a possibilidade da morte se torna consciente.

O luto antecipatório é melhor do que o luto que pega de surpresa a pessoa que se recusa a ver a situação? Como esse “ensaio” da morte facilita o enfrentamento da realidade?

No luto antecipatório você tem o ensaio da morte com a possibilidade da presença de quem vai partir. Então você reverte muita coisa que acabou perdendo ao longo de uma relação. Suponha que, no caso que citei acima, essa filha reconheça que o pai vai morrer e me diga: “Ok, entendi, mas eu não posso viver sem ele!”. Aí eu falo que o pai vai ficar invisível, mas que continuará sendo pai dela. Nunca vai deixar de ser. Tudo que ele ensinou a essa filha vai continuar nela, não vai se enterrar com ele. A partir dessa conversa a pessoa começa a visitar sua realidade com o olhar de quem se despede. E vê o que quer fazer. Vai na cama do pai e diz: “Eu amo você”. Quando acontece a morte e a pessoa não se despediu, ela se questiona e lamenta: “Ai, se eu soubesse... Teria falado que amava ele”.

De certa forma você acaba, em muitos casos, conduzindo um processo de terapia coletiva... Como lidar com as situações em que há conflitos graves que precisam ser resolvidos num espaço de tempo que tende a ser breve?

Quem determina o tratamento é o tempo. Se o quadro clínico é medido em semanas então o tratamento é medido em semanas também. Se a medida for de dias, o tempo diminui e a frequência de visitas aumenta na medida em que piora a situação.

Mas como é possível trabalhar questões complexas, que mereceriam anos de terapia, numa situação que exige urgência?

No meu planeta paliativo eu tenho a chance de resgatar nós e refazer laços... Costumo dizer que explodo uma granada e essa explosão liberta muita coisa. É um outro tipo de explosão, em que a essência da vida emerge. Diante do fim, todo o resto deixa de ter importância e fica em evidência o que é essencial. O que é realmente importante se torna mais fácil de lidar. Aquele que está partindo percebe que precisa exercer seu estado maior de ser humano que é o da amorosidade. O ser humano passa a vida se escondendo para não mostrar amorosidade, e aí quando vai morrer se torna quem realmente é. Falam "ah, o velhinho está lá, coitado, abandonado e ninguém quer ver"... Entenda, o velhinho não é um santo. Talvez durante a vida dele ele não tenha sido uma boa pessoa e tenha desenvolvido uma qualidade de vínculo que o deixa abandonado no final. Eu não tenho nada com isso e o que acontece é que eu encontro essa pessoa num momento de transformação. Eu posso amá-la pela relação que se estabeleceu ali, entre mim e ela. Pode ser que o vínculo que a pessoa construiu com sua família talvez não se recupere... Mas o que a experiência tem me mostrado é que a última impressão é a que fica. Seu pai foi um desgraçado mas no final da vida se aproximou, foi carinhoso e mudou a forma de se relacionar com você... Ele se torna o melhor pai do mundo!

É verdade que as pessoas costumam sofrer uma melhora súbita um pouco antes de morrer?

A pessoa melhora para se despedir. Esse estado de amorosidade no qual ela entra na aproximação da morte faz com que tudo funcione bem. Tem uma teoria da antroposofia que compara o estado de amorosidade ao pH do sangue... Quando a pessoa entra neste estágio ela fica bem para perdoar, se doar, para deixar uma boa impressão.

E aquela história de que as pessoas às vezes esperam algum parente chegar para se despedir e só então morrer? Isso acontece com frequência?

Já aconteceu algumas vezes. Eu cuidei de uma moça durante seis anos no hospital e criei um vínculo muito forte com ela. Eu sonhava com ela e no dia seguinte dávamos risada quando eu chegava e contava o sonho. Eu brincava: "você não me larga nem à noite, hein?". Uma vez sonhei que ela chegava em casa com todos os penduricalhos do hospital e ela estava ótima, a gente conversava, tomava café... Era divertida a nossa relação que ia no meu inconsciente. Durante esses anos houve umas cinco ou seis vezes em que parecia que ela ia morrer, a família chamava o padre, mas eu mesma nunca senti que ela iria naquele momento. E aí teve um período em que ela teve uma piora e eu sonhei com ela chegando na minha casa, me abraçando e falando o nome do irmão com uma feição preocupada. Esse irmão tinha sido médico, e ele tinha muita dificuldade em aceitar a situação dela, ele dizia que a irmã tinha morrido muitos anos atrás, no dia em que tinha sofrido o acidente que a deixara hospitalizada, e que todo o sofrimento dela era sem sentido. Ele não conseguia lidar com esse sofrimento. Depois desse sonho eu liguei para ele e disse que precisávamos ter uma conversa. A agenda dele estava cheia, marcamos para as 10 e meia da noite e ele chegou com aquela cara de "e aí?". Eu disse: "Então, o negócio é o seguinte, você precisa fazer uma coisa que você não fez ainda que é se despedir da sua irmã". Ele: "Mas eu já fiz isso!". Eu insisti: "Não, você não fez, você vai tomar uma garrafa de vinho, vai encher a cara e vai falar com a sua irmã porque ela só vai embora quando você falar para ela que ela pode ir e que você vai dar conta, porque ela duvida disso e eu tenho certeza de que ela não foi ainda por esse motivo". Ele perguntou: "Mas, Ana, o que isso tem a ver?". E eu respondi: "Depois de seis anos eu já tenho intimidade para ter essa conversa com você, eu não sei o que tem a ver, eu simplesmente sei que você tem de falar com ela hoje!". Ele foi lá e voltou quase meia noite para casa... Uma e pouco da manhã a esposa dele me mandou uma mensagem dizendo que ele tinha chorado como uma criança de 10 anos. Chorou copiosamente, e nunca tinha chorado desde o acidente. Minha paciente morreu um pouco depois. Cheguei lá para ler o atestado e ela estava linda, linda, linda, parecia um anjo. Ele estava no quarto, se aproximou de mim, me abraçou e me disse no ouvido: "Tenho medo de você, sua bruxa!". Eu respondi sorrindo: "Não me faça perguntas difíceis!". Meu trabalho me fez aceitar os **mistérios** que fazem parte da vida.

Ensinando a morrer (parte 3)

Na terceira e última entrevista com a especialista em cuidados paliativos Ana Claudia Quintana Arantes, ela fala sobre fé, diferentes jeitos de experimentar o tempo e sobre “a cara” da morte.
Sandra Soares 14/04/2016

A sociedade não fala da morte, que é hoje um tabu. Você, no seu trabalho, convive com ela... Conta para a gente como é a morte? Se ela fosse um personagem, como seria?

Eu falo que a morte é o personagem mais amoroso que existe. Que a morte é o ser, a entidade, que mais sabe sobre a vida. Ele sabe o que é importante, o que não é, o que vale e o que não vale à pena. Ela nos ajuda a fazer escolhas muito mais verdadeiras. É muito generosa e amorosa – nos acompanha e tem paciência de esperar o nosso tempo. Se você der ouvidos para a sua morte e prestar atenção nela, sua vida fará muito mais sentido. Não importa se existe fé ou não... Não importa se existe a crença de que haverá outra vida... Eu vou ser a Ana Claudia só uma vez, ter essa existência espiritual uma vez. Esse minuto aqui não vai mudar. Acabou. Eu vivo a minha vida ao vivo, não estou editando para uma próxima vez. A morte é a melhor editora de cena que existe.

A ideia de que existe alguma coisa depois da morte... Você tem alguma opinião sobre isso?

Não tenho não. Eu me permito o desconhecido, aceito não saber o que vem depois. Ou se vem.

Conviver com a morte fez de você uma pessoa de mais fé ou, pelo contrário, corrompeu a sua capacidade de ter fé?

Não sigo religião nenhuma, mas eu penso que a minha fé aumentou. A fé não é a certeza de que vá acontecer o que você quer que aconteça e sim de que vai acontecer o melhor, mesmo que não seja aquilo que se deseja. Para mim fé é isso. Eu vou fazer o meu melhor e vai acontecer o melhor. Se o melhor for morrer, é o que tem que acontecer.

Sabe que quando eu fui ao “Programa do Jô” ele me perguntou algo parecido? Terminou a entrevista e ele foi um amor, me abraçou demorado e perguntou se podia fazer mais uma pergunta. Então ele perguntou “e Deus? Você acredita em Deus?”. Aí eu falei “Ah, Jô, eu acredito, mas caso ele não exista eu estou fazendo a minha parte”. Ele ficou com os olhos cheios de lágrimas.

Como foi ser entrevistada pelo Jô? É uma conquista conseguir falar sobre um assunto tão tabu na TV aberta.

Sabe que achei que não iria rolar? Eu fiquei um tempão no telefone fazendo uma pré-entrevista com a equipe do programa para o Jô decidir se topava a pauta. E eu falei com todo o respeito que achava que não iria rolar porque na época ele havia acabado de perder o filho. A pessoa com quem conversei falou que haveria uma reunião e dois dias depois me mandou uma mensagem dizendo que tinha conseguido, mas que eu tinha razão, tinha sido difícil convencê-lo. A entrevista foi super gostosa, mas curta porque o programa já estava esgotado. Mas consegui dar o recado que queria.

[Clique [aqui](#) para ver a entrevista de Ana Claudia no Programa do Jô]

O que a gente poderia fazer para que nossa sociedade passasse a enxergar a morte de maneira diferente?

Acho que promover encontros sobre este tema, como vocês que organizam este projeto já fizeram, é uma forma muito bacana de abordagem. As pessoas que ouviram falar do assunto de forma tão delicada foram tocadas de alguma forma, e quando você é tocado, pode tocar os outros também. As pessoas que estão preparadas para ouvir são as mais potentes de transformação. Tem um médico que fala assim: “falar sobre morte é que nem fazer seguro de carro”. Você não faz o seguro do carro porque tem certeza de que vai bater. Dá azar fazer seguro de carro? Não. Do mesmo jeito, você não vai morrer amanhã se falar sobre a morte.

Ana, para você, o que é a alma?

Olhe para um corpo sem alma, um corpo morto, e você saberá.

ANEXO B

ANEXO B – Artigos do Blog Morte sem Tabu

Brasileiros aderem a documento que guia tratamentos no final da vida

POR CAMILA APPEL

O testamento vital tem atraído mais atenção daqueles preocupados com autonomia no final da vida. O documento tem o objetivo de registrar vontades relativas a tratamentos médicos em caso de doenças fora de perspectivas de cura.

Ele não é apenas destinado a garantir a suspensão de procedimentos, como a não reanimação ou não ser submetido a certas cirurgias. Também pode ser usado justamente para garantir essas intervenções, contanto que seja a vontade expressa do paciente.

Faz parte das Diretivas Antecipadas de Vontade, assim como o mandato duradouro – a nomeação pelo paciente de um procurador para tomar decisões em seu nome, e pode ser feito por qualquer pessoa acima de 18 anos que não tenha sido interditada, apesar de só ter efeitos na eventualidade de uma doença terminal.

O portal testamentovital.com.br oferece um banco de dados para cadastro desse tipo de documento. Ele é on-line, gratuito e gera um código de acesso que pode ser compartilhado com uma pessoa de confiança do solicitante.

Criado em 2013, teve seus registros triplicados em um ano, de 20 para 60. Sua administradora, a advogada e doutora em ciências da saúde, Luciana Dadalto, estuda o tema desde 2008, com quatro livros publicados. Ela comenta que, no Brasil, estamos muito atrasados no que diz respeito a liberdades individuais. “A principal importância do testamento vital é transferir para o paciente um direito que é dele, que é a decisão sobre como viver seus últimos dias de vida”, diz.

Segundo dados do Colégio Notarial do Brasil, até novembro desse ano, o cadastro de testamentos vitais em cartório no país cresceu 21% em relação ao ano passado. Em 2010, apenas 50 documentos foram registrados. Em 2015, esse número passou de 600 no ano. Um fator determinante para esse aumento foi a regulamentação 1.995 do Conselho Federal de Medicina, de 2012, que constata a obrigação dos médicos em aceitar o documento como legítimo.

Para Dadalto, ela é insuficiente, por se referir apenas às responsabilidades dos médicos, excluindo qualquer outro profissional de saúde, e não garantir uma validade legal ao documento. “Sempre vai cair no arbítrio do poder judiciário, por não haver uma legislação específica. Um juiz poderá falar que é válido e outro que não é”, diz.

Algumas dificuldades para sua popularização seria a dificuldade de se falar a respeito. Para a advogada de família Renata Guimarães, alguns brasileiros demonstram um entrave cultural para lidar com questões terminais que podem anteceder o falecimento, ao sentir que pensar sobre a morte representa um mau agouro. Ela também cita a real dificuldade de cogitar e lidar objetivamente com doenças agudas e irreversíveis. Algo menos latente em seus clientes estrangeiros, inclusive porque há países que possuem lei específica sobre o testamento vital.

A advogada diz perceber um aumento significativo nos últimos três anos de documentos nesse sentido – escrituras públicas ou escritos particulares.

“Tais documentos têm por foco a situação de incapacidade civil de uma pessoa, e costumam abordar a gestão do patrimônio, cuidados pessoais e de saúde e diretrizes de não manutenção artificial de vida em casos terminais e irreversíveis. Já a forma de enterro, velório ou cremação costumam ser descritas em outro documento, denominado codicilo”, define Guimarães.

Dadalto considera a inserção de doação de órgãos no testamento vital uma questão polêmica, porque a lei de doação no Brasil o reconhece como uma decisão da família e não do paciente.

Alerta no RG

Neuza Guerreiro de Carvalho anda com seu testamento vital na bolsa. No RG há um recado: “na pasta cor-de-rosa da bolsa está meu testamento vital”. Aos 85 anos, ela prefere definir o que seja feito com seu corpo, caso esteja inconsciente. Quer seguir de acordo com suas próprias escolhas, tanto na vida quanto na morte. Professora de biologia por 30 anos, atea, evolucionista, diz que já está na reta de chegada. “Bonita ou não, é a reta de chegada. Não tenho mais do que 10 anos de vida útil”, diz.

Decidiu pela doação do corpo para estudos acadêmicos e já tem os papéis preenchidos no Instituto de Ciências Biomédicas da USP. Doou o cérebro de sua mãe para a faculdade de medicina da USP e diz ver nessas ações uma forma de cidadania. Não quer em ser enterrada, nem velada. “Tudo o que fica está assimilado na gente”, comenta.

Vovó Neuza, como gosta de ser chamada, tem seu testamento vital assinado pelos dois filhos, com firma reconhecida. Além de sempre o carregar na bolsa, o documento foi incluído em seu prontuário no Hospital das Clínicas, porque ela considera que será atendida lá em alguma emergência.

Não abre mão de sua decisão. “Eu sou muito fria nisso e minha própria formação ajuda nesse sentido. Eu sei, por exemplo, que num acidente qualquer, numa emergência, vão perguntar para quem estiver comigo: entuba ou não entuba? Eu estou dizendo nesse documento: não entuba. Porque depois de dois anos, seja lá quantos anos for, ninguém vai ter coragem de desentubar (o termo médico utilizado é extubar) e aí fica aquela confusão”.

Vovó Neuza trabalha com oficinas de resgate de memória no projeto “Amigo do Idoso” do Hospital Universitário (HU-USP). A ação foca em objetos que marcaram a vida da pessoa. Para ela, o sofá de sua casa, todo florido, é um objeto de memória precioso, com seus mais de 60 anos de história ao lado (ou embaixo) de Neusa. “É um objeto biográfico meu. Eu posso ir morar em outro lugar, mas se não couber o sofá, não tem conversa. Esse vai me acompanhar para o resto da vida”.

A professora se aposentou aos 50 anos, porque quis sair do trabalho ainda quando estava no auge. Ela diz querer o mesmo da vida: “Eu quero sair bem da vida”.

Atualização em 23 de dezembro

O Colégio Notarial do Brasil enviou o complemento abaixo sobre o assunto abordado na matéria, salientando diferenças entre o registro do documento em cartório do registro em um banco de dados virtual.

“Entendemos importante ressaltar que qualquer documento pode ser contestado na Justiça, tanto a escritura pública quanto o instrumento particular.

É relevante salientar também que os juízes vêm acatando frequentemente a vontade expressa nas escrituras públicas. Além disso, gostaríamos de expor outros pontos do porquê as escrituras possuem mais segurança jurídica comparadas ao banco de dados privados citado na reportagem e ao instrumento particular.

- A perpetuidade alcançada pela forma pública, na medida em que fica para sempre no livro de notas.
- A comunicação à central notarial, que pode facilitar o encontro de eventual testamento vital lavrado.
- A força da central notarial como forma de gerar estatísticas públicas.
- A capilaridade dos cartórios, podendo atender o cidadão em qualquer cidade do país.
- A segurança do médico em saber numa questão duvidosa qual caminho pode ser adotado.

É importante ressaltar ainda a fé pública do tabelião, que além de segurança jurídica, tem como parte inerente ao seu trabalho a imparcialidade, por exemplo, podendo relatar as condições de saúde do solicitante ao testamento vital. Note que uma pessoa pode se cadastrar nesse banco virtual sem o gozo de suas capacidades mentais adequadas. No cartório isso não aconteceria”.

É melhor morrer em casa ou no hospital?

POR CAMILA APPEL

Morrer em casa é mais pacífico e gera menos sofrimento tanto para o paciente quanto para os que o amam, mas demanda um suporte mais amplo. A conclusão é de um estudo divulgado nesta quinta-feira (8) pelo jornal médico da BioMed Central (BMC).

Há fatores determinantes para esse cenário: ter suporte familiar, acesso a cuidados paliativos domiciliar e à enfermagem comunitária. O estudo indica que devem ser criadas políticas públicas que garantam essas condições e assim, melhorar a qualidade de morte das pessoas. Outros elementos aumentariam a chance de uma morte em casa, como a consciência familiar de uma doença sem cura, a discussão das preferências do paciente e a quantidade de dias de licença do trabalho que os parentes tiveram nos últimos três meses de vida do familiar.

Um exemplo é a situação existente em países como Canadá, Holanda, Noruega e Suécia, que desenvolveram programas sociais semelhantes à licença-maternidade para oferecer suporte às famílias que querem cuidar de seus parentes no final da vida.

O estudo, realizado em Londres, indica cuidado ao ser reproduzido para outras regiões com menos acesso às condições mencionadas acima, como é o nosso caso.

Mas é interessante observar que seu resultado trouxe uma preferência da população pela morte domiciliar, tendência já verificada em países como Estados Unidos e Canadá. Ao passo que no Japão, na Alemanha, em Portugal e na Grécia, a “morte institucionalizada” (como se refere o estudo, e quer dizer morte no hospital) é mais escolhida.

A autora principal do estudo, Barbara Gomes, diz que muitos pacientes temem morrer em casa para não serem um fardo para sua família, mas seu estudo encontrou evidências de que o sofrimento de morrer em casa é menor para a família também.

E no Brasil?

Reportagem desse ano da **Folha** indica o aumento de atendimento domiciliar na área da saúde (de uma forma geral), tanto na rede privada quanto na pública. Em relação à pública, o artigo constata: “Em 2012, o país tinha 184 equipes cadastradas para atender pacientes por meio do programa Melhor em Casa. Hoje, são 794. Apesar do aumento, a iniciativa não atingiu a meta, que era chegar a mil equipes até 2014. O Ministério da Saúde diz que habilitou outras 761 equipes, que dependem da iniciativa das prefeituras e Estados”.

Vou retomar algumas das entrevistas feitas no blog, pincelando comentários sobre a questão específica desse post.

A médica especializada em cuidados paliativos Milena Reis considera que morrer em casa, ao lado de quem se ama, seria o ideal. Mas ela destaca que isso pode ser complicado, porque algumas famílias não têm estrutura emocional para cuidar de um doente terminal, ou mesmo física. Ela dá o exemplo de um caso em que a cadeira de rodas do paciente não passava pela porta de entrada do apartamento. O alto custo de um “home care” também seria um fator limitante. Milena faz um paralelo entre parto humanizado e a morte em casa. Na medida em que começamos a discutir um, poderíamos passar a discutir o outro. Por que não colocar em pauta as condições necessárias para uma morte domiciliar? Quais políticas públicas precisariam ser desenvolvidas?

O geriatra Paulo Camiz considera que o maior medo dos mais velhos é sentir dor e solidão. Ele comenta que alguns usam frases como “ter medo de ser abandonado” e de “dar trabalho”. Paulo diz: “Quando uma pessoa está morrendo, tudo o que ela não quer é ficar sozinha e tudo o que os familiares mais fazem é deixá-las sozinhas. Vejo muito isso. Nos principais hospitais, boa parte dos pacientes que estão na UTI não precisariam estar lá. Mas é mais cômodo para o médico, porque tem um plantonista 24h a disposição para cuidar daquele paciente. A UTI facilita essa solidão, ela é muito desconfortável para visitas”.

Maria Goretti Salles Maciel, médica presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), diz que “não dá para ser muito romântico. A morte em casa pode ser uma morte boa, desde que você tenha acesso a uma assistência domiciliar, o que nem sempre é verdadeiro. Essa assistência seria um bom apoio da família e de bons profissionais. Meu pai morreu em casa. Mas eu estava lá e assumi os cuidados dele. Eu não sei se eu gostaria de morrer em casa não... Talvez para meus filhos seria mais prático eu morrer num hospital”.

Para a jornalista Eliane Brum, o importante é não se trocar um tabu pelo outro, um imperativo pelo outro – e defender que morrer em casa é melhor do que no hospital, por exemplo. “Passamos boa parte do século 20 silenciando sobre a morte, e agora, quando ela começa a

ser falada, seria muito triste que se criassem outros dogmas para isso. Eu não acho que tem um jeito certo ou errado de morrer. Tem o jeito de cada um. Algumas pessoas acham melhor morrer em casa, cercadas pelas pessoas que amam, pelos objetos que fazem parte do seu mundo, contando histórias e ouvindo histórias. Outros vão achar melhor morrer no hospital. Tem quem vai tentar tratamentos invasivos, mesmo sabendo que há pouca ou nenhuma chance de ter resultado, outros vão preferir não. O importante é que os desejos sejam respeitados, que esse último ato da vida de alguém seja vivido nos termos dessa pessoa. Que a pessoa possa escolher e não que escolham por ela”.

<http://mortesemtabu.blogfolha.uol.com.br/2015/03/19/franca-aprova-a-sedacao-terminal-e-o-cumprimento-obrigatorio-do-testamento-vital/>

França aprova a sedação terminal e o cumprimento obrigatório do testamento vital

POR CAMILA APPEL

Nesta terça-feira (17), a França aprovou a sedação terminal, ou seja, sedar o paciente de forma “profunda e contínua” até sua morte. O texto passou pelo Parlamento francês com 436 votos a favor, 34 contra e 83 abstenções e precisará ser considerado pelo Senado. Mas, na França, a decisão da Assembléia Nacional normalmente é definitiva.

A proposta está alinhada com as propostas do presidente François Hollande, que prometeu em seu programa de campanha de 2012, que “toda pessoa maior de idade, em fase avançada ou terminal de uma doença incurável que provoque sofrimento insuportável físico ou psíquico, que não pode ser amenizado, possa pedir, em condições precisas e estritas, uma assistência médica para terminar sua vida com dignidade”.

A sedação poderá ser usada apenas no caso de doenças ameaçadoras de vida no curto prazo (com prognósticos de pouco de tempo de vida), e será decidida pela equipe médica junto aos familiares do paciente ou requisitada pelo próprio paciente se estiver em plena capacidade de juízo crítico.

A proposta de lei não menciona eutanásia ou suicídio assistido, como a promessa de campanha do presidente deu a entender que indicaria, e não permite a possibilidade de injeções letais. Ela distingue-se da eutanásia por considerar que se está induzindo a pessoa a dormir e não a morrer (como aconteceria se fosse administrado diretamente um remédio letal, prática comum nos países que permitem a eutanásia). Mas o limiar entre as duas coisas é complexo. Durante essa sedação, pode-se retirar tratamentos médicos, incluindo alimentação e hidratação, até que o paciente morra. Por isso, pode ser considerado uma “eutanásia passiva”. Este método abre brechas aos defensores da eutanásia para afirmarem que o processo pode causar sofrimento ao paciente (como morrer de fome) e assim, a eutanásia poderia ser considerada um caminho mais “humano”, pois o aliviaria desse possível sofrimento.

Um ponto importante da proposta de lei é tornar obrigatório o cumprimento do testamento vital, um documento que explicita manifestações de vontades sobre tratamentos no final da vida, caso o paciente não tenha condições de se expressar. Pode-se indicar o desejo para não ser ressuscitado e não ter aparelhos que sustentam a vida artificialmente, como respiração artificial e alimentação, por exemplo.

A questão do uso da tecnologia para manter a vida me lembrou o depoimento da médica, Milena Reis, no post A tal da boa morte. Para Milena, discute-se muito a possibilidade do parto humanizado, sem intervenções da tecnologia como a cesárea. Da mesma forma, deveríamos discutir a morte humanizada, sem essas intervenções que podem ser impedidas de acontecerem via um testamento vital, caso o paciente já não tenha mais consciência para esse tipo de decisão.

A economista Elca Rubinstein, ex-professora da USP e da UNB e doutorada nos Estados Unidos, quer lutar por seus direitos no que se refere ao morrer. Estimulada a fazer um testamento vital durante um curso nos Estados Unidos (chamado “From aging to Saving” – do envelhecimento à sabedoria), ela diz ter sentido dificuldade em pensar sobre sua finitude, mas ficou impressionada com a possibilidade de definir o que pode ser feito e o que não pode ser feito com seu corpo no fim da vida, caso não se esteja em estado consciente para decidir. Elca elaborou um testamento vital, que mantém guardado em um zip-log dentro do freezer de casa e está entrando com uma ação judicial para fazer com que tenha valor jurídico. Ela acionou a mesma advogada de um caso recente, Rosana Chiavassa, que ganhou na Justiça o direito de ter seu testamento vital cumprido por lei e assim ter o que ela considera ser uma morte digna e poder deixar o corpo morrer naturalmente, num processo chamado ortotanásia.

Seu objetivo é abrir precedentes para que o testamento vital seja considerado um documento legal no Brasil.

Elca afirma que “o testamento vital é uma porta pra você começar a ter uma conversa com você mesmo, com sua família, filhos, amigos, médicos e advogado”.

“Depois que o fiz, me senti de bem com a morte, porque o medo de perder a dignidade ao morrer, passou. Se houver uma passagem, eu quero entrar nessa passagem sem ter que ficar até o final, segurada por uma tecnologia médica que nada tem a ver com dignidade”, Elca diz.

Em 42 estados dos Estados Unidos, um documento chamado “Five Wishes” tem valor legal e funciona como um testamento vital. Mas ao invés de ser um documento em branco para se

colocar manifestações de vontades, ele indica perguntas que devem ser respondidas, facilitando a reflexão e a tomada de decisão. Aborda questões pessoais, emocionais, espirituais, além das médicas. Nele, pode-se indicar a pessoa que tomará as decisões por você, caso não o possa, como gostaria de ser tratado e o que se deseja que os entes queridos saibam.

Elca menciona quatro razões para se fazer um testamento vital.

1- Físicas

“Se eu estiver morrendo, quero morrer em casa, com as pessoas e coisas que gosto, sem milhões de tubos, nem práticas e tratamentos que prolonguem o sofrimento quando o corpo estiver pronto para partir”.

2- Filosóficas

“Muita gente diz que não vale a pena se preocupar com os momentos finais da vida, porque tudo acaba ali. Eu não concordo. Acho que a morte é uma passagem e por isso é importante fazê-la de bem com tudo o que fui e com o que posso vir a ser”.

3- Financeiras

“Um tratamento para prolongar o final pode ter custos altíssimos e dilapidar o pequeno patrimônio que eu juntei para deixar aos meus filhos. É preciso olhar o custo-benefício por todos os ângulos”.

4- Informação

“Hoje existe um instrumento, que é o testamento vital, que me permite expressar antecipadamente o que quero e o que não quero”.

Deixo aqui uma curta animação indicada por Elca, “A Dama e a Morte” que representa para ela a possibilidade de morrer quando ela achar que está pronta para isso, sem ser submetida a vários tratamentos e tecnologias que prolonguem sua vida sem sua vontade.

Tudo isso me remete à uma pergunta veterana aqui do blog: o que é uma boa morte? Não conheço alguém que voltou de lá para contar, mas continuamos aqui refletindo e acredito que seja benéfico colocar-se em pauta, no Brasil, a discussão sobre “morte digna” e assim tornar mais claro o significado e os desdobramentos desse emaranhado de conceitos como ortotanásia, eutanásia, distanásia, suicídio assistido, testamento vital, cuidados paliativos, enfim, essas referências que muitas vezes não são claras nem para os médicos que tratam do paciente terminal.

Posts relacionados

Permissão para morrer – o depoimento de Nathalie; Um dia para morrer – a discussão no Brasil; Bioética da beira do leito; Testamento vital; A tal da boa morte

Atualização em 20.03 – A sedação paliativa

Recebi um e-mail do médico geriatra e paliativista Dr. André Filipe Junqueira dos Santos, indicando algumas considerações importantes sobre este tópico.

No Brasil, ocorre a prática da “**sedação paliativa**”, que não é regulamentada por lei como ocorreu recentemente na França. Ela é ministrada a pacientes com uma doença incurável, na fase terminal e com sintomas que não podem mais ser controlados – que não respondem a nenhum outro tratamento, por exemplo, uma falta de ar decorrente de um câncer de pulmão. A sedação não é um coma induzido pois nela há um nível de consciência, ao passo que no coma não.

Dr. Junqueira diz preferir o termo sedação paliativa ao termo sedação terminal, pois este último daria a entender que o procedimento vai levar à morte e esse não é o intuito da sedação. Ele diz já ter tido casos em que a sedação foi retirada após a melhora do paciente.

A sedação paliativa é realizada em vários hospitais e muitos já possuem protocolos a respeito, como o Hospital Albert Einstein e o Hospital do Servidor Público Estadual.

Dr. Junqueira diz já existir trabalhos científicos mostrando que a sedação não antecipa a morte, diferindo-se da eutanásia, como esse estudo do *Annals of Oncology*. A principal diferença é que o objetivo da eutanásia é aliviar o sofrimento antecipando a morte e no caso da sedação, o objetivo é atenuar os sintomas da doença, pelo rebaixamento do nível de consciência. Além disso, a eutanásia não é reversível, a sedação sim.

Na eutanásia, injeta-se uma substância chamada cloreto de potássio, provocando-se uma parada cardíaca. Na sedação, é usado um remédio para baixar o nível de consciência, chamado Midazolam, comercialmente conhecido como Dormonid (medicação utilizada por exemplo, para sedação durante uma endoscopia).

O Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos aborda os aspectos éticos da diferença entre sedação paliativa e eutanásia, disponível nesse link (página 520).

Sobre a retirada da alimentação e da hidratação, Dr. Junqueira diz que são procedimentos opcionais e polêmicos. Na sedação, não há a sensação de fome ou sede, pois são atividades reguladas pelo hipotálamo, que deixa de funcionar. Mas Dr. Junqueira considera ser uma questão, do ponto de vista fisiológico, indiferente, porque se o paciente tem horas ou dias de vida, não será a alimentação ou a hidratação que o fará viver mais ou menos. Ele vai morrer em decorrência de complicações da própria doença. Porém, existem outros aspectos além da fisiologia envolvidos na alimentação e na hidratação, como religiosos, psicológicos e emocionais, sendo que esta decisão deve ser feita em conjunto com a equipe médica junto e os familiares.

Ressalto que a eutanásia é considerada crime no Brasil, assim como o suicídio assistido. Assisti, recentemente, o documentário “Choosing to die” (“Escolhendo Morrer”) organizado pelo escritor Terry Pratchett (1948 – 2005) sobre o suicídio assistido. Segue o link abaixo (em inglês – não encontrei um link com legendas em português) para quem tiver interesse em ver como funciona esse procedimento na Suíça, um dos países que em que ele é permitido.

<http://mortesemtabu.blogfolha.uol.com.br/2016/04/12/leitora-escreve-sobre-a-dor-da-perda-do-pai/>

Leitora escreve sobre a dor da perda do pai

POR CAMILA APPEL

Durante minha licença-maternidade, abri o blog para depoimentos de leitores. Os interessados em ler os artigos já publicados, por favor pesquisem nas abas laterais. Há cem posts disponíveis, separados por temas. Ou entrem na página do Facebook do blog. Para enviar seu depoimento, escreva para mortesemtabu@gmail.com Um abraço, Camila
Os dois depoimentos abaixo foram enviados por Maria Fernanda Ribeiro, 35 anos, jornalista. O primeiro, “Minha Despedida”, foi escrito em novembro de 2015 e o segundo, “Um vazio cheio de grãos de areia”, em abril de 2016.

“Minha Despedida

Meu pai uma vez me disse que não tinha medo da morte e que nós não deveríamos nos preocupar com isso. Agora que ele se foi eu também já não a temo mais. E essa foi a última lição que aprendi com ele.

Há cinco meses meu pai sofreu um AVC hemorrágico devastador e, desde então, eu não consegui escrever uma única linha se quer sobre o assunto. Foram tempos de reclusão, ações focadas e uma incessante batalha. Mais ainda. Foram tempos de aprendizado, de gentileza, de humildade e do reconhecimento da nossa insignificância perante a morte. No ringue em que meu pai se encontrava, ninguém podia entrar. A nós foi permitido apenas assistir. E fizemos isso com amor, dedicação e resignação. Acompanhamos passo-a-passo. Dia após dia. Minuto a minuto. E entendemos quando a luta chegou ao fim que não havia vencedor ou perdedor. Havia apenas a vida.

Nesse tempo, nos deparamos com profissionais de saúde que trataram meu pai como nunca imaginávamos que pudesse acontecer entre desconhecidos. Aprendemos com isso. Aprendemos também que medicina e espiritualidade são duas ciências que ainda não caminham de mãos dadas. Aprendemos também sobre compaixão, desapego, harmonia e que o amor sempre vence a dor.

No enterro dele, minha mãe disse, com calma e serenidade aos nossos amigos e familiares presentes, que a nota principal da trilha sonora das nossas vidas havia desafinado, mas que a doença do meu pai mostrou a ela o que é o verdadeiro amor incondicional. Minha mãe tinha razão, mas além da nota principal ter ficado em total descompasso, perdemos também o nosso maestro. E que maestro.

Mas ele deixou um legado que não cabe em mim, de dedicação à profissão e à família, ética, honestidade e retidão moral. Dele herdei o gosto pelas músicas matinais aos domingos, pela leitura incessante, pela política, pelos ideais humanitários, pelas notícias, por contemplar as estrelas no céu, por cultivar plantas e por apreciar o silêncio, onde muitas vezes apenas as notas musicais recebem a permissão para adentrar o seu mundo e à sua alma.

Eu lamento, e como lamento, a morte do meu pai, mas sou grata por ter tido o imenso prazer de ter sido a sua filha ao longo de 34 plenos anos. Um pai presente e dedicado. Um pai que me deixava correr pelo consultório enquanto ele atendia às outras crianças. Um pai que construiu uma piscina no quintal para que nós desfrutássemos porque ele mesmo nem gostava de piscina tanto assim. Sentia frio naquela água gelada. Um pai que preparava churrasco para toda uma família. Um pai que fazia questão de que viajássemos todos juntos. Um pai que nunca economizou com nossos livros e estudos. Um pai que nos concedeu a honra de termos tido uma infância plena e feliz e que nos tornássemos adultos realizados. Um pai que tinha como meta a criação dos filhos. Um pai que amou e respeitou a minha mãe e que, juntos, permitiram que nos desenvolvêssemos em um ambiente de paz e harmonia. Uma orquestra completa.

Nos últimos anos, uma das maiores alegrias do meu pai era encontrar pelas ruas da cidade os pacientes que ajudou a colocar no mundo. Vê-los adultos e com saúde era para ele tão prazeroso que sempre me contava quem é que tinha visto e como tinha sido o encontro. Eu dizia que muitas vezes a impressão era de que ele tinha sido o médico da torcida do Noroeste inteira porque para todos que eu falava que era filha do Luiz Fernando, a resposta era: ele foi o meu médico. E bastava isso para que ele estufasse o peito mostrando todo o seu orgulho.

Por toda a vida, ao entrelaçar minhas mãos com as dele, eu só conseguia pensar em quão sortudas eram aquelas crianças em ter um pediatra com as mãos de veludo. Mas sorte mesmo tive eu, de ter um pediatra que era o meu pai.

Durante esses cinco meses em que ele ficou internado, nossa comunicação era escassa e rara, mas ele ainda conseguia apertar as nossas mãos. E eu me apeguei até o fim a esse simples gesto para que nunca mais saísse da minha lembrança aquele toque. Espero também que eu nunca esqueça a sua voz.

Meu pai era pequeno. Mas um pequeno gigante. Mas um gigante discreto. Morreu como um verdadeiro cavaleiro ao nos conceder cinco meses para nos despedirmos. E eu não desperdicei nenhuma chance para dizer o tanto que o amava enquanto apertava a sua mão. Pai, foi uma honra ter sido a sua filha. Já já a dor se transformará em saudade. Vou viver e esperar. Que possamos afinar os instrumentos sozinhos. Maestro, solta o som”.

“Um vazio cheio de grãos de areia

A morte é mesmo uma coisa estranha. Às vezes parece até que a pessoa não morreu. É como se você estivesse na cozinha e ela no quarto lendo um livro enquanto você faz ali um ovo mexido rapidinho. Mas um ovo mexido em que você pode colocar cebola, tomate e um pouco de pimentão, ingredientes que a pessoa que supostamente está no quarto nunca gostou nem um pouco. É como se ela tivesse recusado a refeição, mas para sempre. E a rotina segue com você na cozinha. E ela no quarto. Você na sala. E ela no quintal para cuidar das plantas. Você no supermercado. E ela no banco. É como se o cotidiano tivesse se tornado uma série de desencontros de pessoas que moram na mesma casa e que nunca mais se trombaram pelo corredor, pela garagem ou pelo jardim, mas apenas por uma imposição que parece até da vida e não da morte.

É como se o vazio causado pela morte começasse a ser preenchido, como aquelas garrafinhas de areia colorida. Demora, mas em algum momento o artesanato fica pronto e a você só cabe apreciar como é que aquilo foi produzido.

Quando alguém morre, as pessoas que mais acertam nas palavras de consolo são aquelas que já passaram por situações semelhantes. Não raro ouvimos “descansou” ou “foi melhor assim”. Melhor para quem? Era o que eu me perguntava no velório do meu pai. Para mim é que não foi melhor. É porque o amor é mesmo egoísta. Quanta contradição para um sentimento tão nobre. Mas é que mesmo com o corpo que padece numa cama de hospital, ainda é possível sentir a respiração, pegar na mão, dar um beijo na bochecha, encostar a cabeça no peito para sentir a respiração e dar um cheiro no cangote. Coisas do amor. E do apego. Vai entender.

A última vez que estive em Bauru, estava com medo de chegar em casa e sentir o vazio acometendo minha alma, como um sopro de um gigante em um coração já aniquilado, assim que a porta da sala de visita se abrisse. Se meu pai estivesse lá, seria ele quem cuidaria de me recepcionar assim que eu tocasse a campainha. E ele também atenderia o interfone com o unísono “Pois Não” com a voz dissimulada como se já não soubesse que era eu.

Mas ao entrar por aquela porta, aberta pela minha mãe que tinha sido quem foi me buscar na rodoviária, parecia que meu pai estaria sentado na sala, talvez um pouco cansado para me esperar logo na garagem. Mas ele não estava. Então talvez estivesse no escritório fazendo palavras cruzadas nível Difícil, ou compenetrado nas tabelas de Excel com as contas do mês, ou ainda lendo algum livro sobre religião, política ou filosofia. Ou ainda algum título do José Saramago. Mas ele não estava. Será que estava no banho? Será que aproveitaria para fazer a barba? Então demoraria um pouco até ele sair para me ver. É, ele não estava em casa. Não me esperou mesmo sabendo que eu chegaria.

E por alguns momentos me senti murcha, como se eu fosse uma boia furada no meio da correnteza. Depois o furo, que é um vazio é infinito e escuro e que mora dentro do peito, foi sendo aos poucos preenchido com as lembranças das fotografias espalhadas pela casa, quando ainda éramos cinco. E a presença física dele foi sendo substituída pela voz que ainda ecoa no ouvido e o cheiro que você é capaz de sentir mesmo sem o abraço. A pessoa está morta, mas está viva. Será que é isso o que chamam de legado? Ou isso é saudade? Ainda não sei, mas sinto que os primeiros grãos de areia estão sendo delicadamente inseridos na garrafa vazia que estava o meu coração. Ainda não chegou na parte colorida e está longe de o artesanato ficar pronto, mas já dá para ver que vai ficar bonito. É, a morte é mesmo bem esquisita. E o amor também”.

<http://mortesemtabu.blogfolha.uol.com.br/2014/11/04/nao-e-uma-questao-de-morrer-cedo-ou-tarde-mas-de-morrer-bem-ou-mal/>

“Não é uma questão de morrer cedo ou tarde, mas de morrer bem ou mal”

POR CAMILA APPEL

A frase do título desse post é do filósofo Sêneca. Encontrei-a no portal on-line Testamento Vital. Criado por Luciana Dadalto, ele é o mais completo do tema no Brasil. O site oferece informações sobre esse instrumento, além de um banco de dados para cadastro de testamentos vitais, o Rentev – Registro Nacional de Testamento Vital, onde o solicitante pode arquivar o testamento vital, gratuitamente e gerar um código de acesso para que uma pessoa de confiança (amigo, familiar ou profissional de saúde) possa acessá-lo quando for necessário. Apesar do nome remeter a testamento, eles não se relacionam. Testamento vital é uma tradução, não muito bem feita, do termo referente em inglês “living will”. Esse “will” está relacionado à *vontade*, mas a palavra também pode ser traduzida como testamento, por isso a leve confusão. “Living will” seria “vontade em vida” pois essa é uma ferramenta para manifestar vontades sobre tratamentos médicos no final da vida. Já o testamento, dispõe sobre sucessão patrimonial. Mas a tradução foi feita dessa forma e aqui no Brasil, o famoso “living will” americano é conhecido como testamento vital.

Uma possível semelhança entre testamento e testamento vital é a de poderem evitar brigas entre descendentes, já que sem um testamento vital, filhos, sobrinhos e netos podem discordar sobre quais procedimentos tomar. Essa ferramenta evitaria, assim, desgastes familiares, tanto emocional quanto financeiro.

No Brasil, eutanásia e suicídio assistido são considerados crimes. Falei mais sobre esses conceitos no meu post: Um dia para Morrer. Mas o testamento vital é aceito e deve ser seguido pelo médico, desde que não vá contra a lei e contra o Código de Ética.

A definição oferecida pelo portal segue abaixo:

“O testamento vital é um documento, redigido por uma pessoa no pleno gozo de suas faculdades mentais, com o objetivo de dispor acerca dos cuidados, tratamentos e procedimentos que deseja ou não ser submetida quando estiver com uma doença ameaçadora da vida, fora de possibilidades terapêuticas e impossibilitado de manifestar livremente sua vontade”. Ele terá validade quando a pessoa estiver em situação de fim de vida, estado vegetativo persistente ou uma doença terminal, por exemplo.

Um exemplo prático é pedir para não fazer quimioterapia no caso de câncer terminal ou ser colocado na UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

Uma dificuldade está em se definir o que é “pleno gozo de suas faculdades mentais”, pois não englobaria pacientes com demência ou em depressão. Uma pessoa com tendência a Alzheimer, por exemplo, deveria escrever o testamento vital antes dos sintomas se apresentarem, mas alguns autores defendem que pode ser feito mesmo no início da doença. É uma linha difícil de ser definida. Sobre a depressão, fiz uma entrevista com o médico e psicoterapeuta João Figueiró, disponível nesse link.

A articuladora deste instrumento, Luciana Dadalto é advogada, fez mestrado em direito privado e doutorado em medicina. Ela sempre se interessou pela relação entre direito e medicina. Um dia, se deparou com um texto originalmente espanhol, sobre testamento vital, e ficou intrigada com a falta de conhecimento sobre essa ferramenta no Brasil. Luciana motivou-se a explorar o tema e trazer seu conhecimento a público, assim como trabalhar na conscientização de sua importância. Interesse pelo público há, porque seu livro “Testamento Vital” já está com a segunda edição esgotada.

Manifestação de vontade em outros países

Nos Estados Unidos, há outros documentos de manifestação de vontade, além do *living will*, que tratam de outras situações além das de fim de vida, como um câncer não terminal e aneurisma cerebral. São chamados de POST, e consistem em documentos de aceitação e recusa de tratamento.

Nos países onde a eutanásia é permitida, como Bélgica e Holanda, o testamento vital pode abordar essa questão, explicitando-se a vontade de optar pela eutanásia em algumas situações.

Patinando no Brasil

Apesar de seus esforços, Luciana acredita que ainda patinamos no Brasil. Numa linha evolutiva de zero a dez, ela diz que estamos no patamar um. Um dos fatores para isso é uma

perspectiva religiosa e moralista que impede uma discussão objetiva sobre os direitos do ser humano.

Outro motivo é a de falta de informação. Muitas pessoas acreditam que o testamento vital vai contra a lei, por associa-lo à eutanásia, mas essa é uma percepção errada. Ele parte do princípio que o paciente já vai morrer e a única coisa que ele quer é morrer de uma forma digna, com autonomia para escolher como quer chegar até o final de sua vida. “A ideia é permitir que as pessoas que queiram se utilizar disso, se utilizem. Não é uma obrigatoriedade”, ela diz.

Pagos para morrer

POR CAMILA APPEL

“Está na hora de você pensar num pôr do sol magnífico? Inscreva-se já!”

Um podcast do Freakonomics, sugerido pelo leitor Fabio Storino, reflete sobre um comercial de TV imaginário: um doente em seu leito de morte, ao lado dos familiares, debate sobre os altos custos de estender um tratamento médico que lhe proporcione uma sobrevida de uns três meses. O paciente tem a opção de não fazer o tratamento e ganhar um bônus de seu seguro saúde, num plano chamado de “o pôr do sol magnífico”. Aí, o comercial passa imagens atraentes desse dinheiro sendo gasto com uma última viagem inesquecível, um último desejo ou um investimento financeiro deixado aos netos.

A ideia partiu de um ouvinte do podcast questionando por que as empresas de seguro saúde não oferecem bônus aos pacientes que estão dispostos a dispensar cuidados médicos no final da vida. Ele diz: “quando um paciente recebe um diagnóstico terminal, as empresas de saúde terão informações suficientes que ofereçam uma estimativa dos custos que ele teria com tratamentos médicos pelos próximos 6 a 24 meses. Para os pacientes dispostos a dispensar esse tipo de cuidado, o bônus seguiria de acordo com a seguinte fórmula: um bônus imediato de 50% da diferença entre o custo atual do cuidado médico padrão e os cuidado paliativos. O paciente manterá o controle da opção, mas esse benefício se abrirá imediatamente a ele. A empresa de seguro saúde teria um ganho real e ajudaria a desincentivar o excesso de consumo de cuidados médicos nos últimos meses de vida”.

Veja algumas ponderações apontadas durante o bate papo do podcast, entre economistas e médicos:

- Esse tipo de proposta seria um pesadelo de relações públicas para as empresas de seguro saúde, porque iria parecer que elas desejam manter o paciente fora do hospital, impedindo que eles tenham acesso à quimioterapia e a outros tratamentos somente para poupar dinheiro;
- A ideia seria de difícil aceitação porque tratamento médico não é apenas uma questão econômica, é uma questão ética, quase religiosa;
- É uma ideia fria, calculista, utilitária e pouco “americana”;
- A ideia deveria ser discutida sim porque, dependendo do estudo, 40%, 60% ou até 80% de todo gasto médico de uma pessoa ocorre nos últimos 12 meses de sua vida;
- É uma forma interessante de analisarmos: estamos priorizando qualidade de vida ou quantidade de vida? Se for para priorizar qualidade de vida, a ideia pode ser boa;
- Esse tipo de proposta gera uma reação negativa imediata por tocar em vários tabus: morte, dinheiro e planos de saúde;
- É uma forma de transferir a responsabilidade para o paciente em definir quando a vida dele terminará (e tirar das mãos dos médicos e do governo) – oferecendo a opção de ele abrir mão de um cuidado médico caro e transferir esse dinheiro para seus netos ou uma instituição de caridade, por exemplo;
- A ideia não teria aceitação porque a maioria dos Estados dos Estados Unidos não aprova o suicídio assistido, o que indicaria uma dificuldade dos vivos em aceitar a opção de alguém pela morte;
- Pode ser visto como uma forma de colocar um preço na vida humana;
- Como seria a viabilização do pagamento ao paciente? Quais impostos o governo deveria cobrar, seria diferente em cada Estado ou igual no país inteiro?
- Não existe um mercado funcionando em empresas de saúde. Você não sabe quanto custa um serviço médico. Nem a enfermeira sabe quanto custa um serviço, como o eletrocardiograma, por exemplo. É como perguntar para uma vendedora de camisetas quanto custa a camiseta e ela não saber responder. É assim que compramos serviços de saúde. As pessoas não consomem o serviço diretamente porque uma empresa paga pelo serviço por elas. Essa dificuldade em precificar atrapalharia a proposta;
- O foco deveria ser em oferecer o maior conforto possível aos pacientes e seus familiares e não pensar em dinheiro e centavos (como a ideia sugeriria);
- Há um paradoxo interessante porque os próprios médicos, em geral, não optam por intervenções em seu leito de morte. Não se vê um médico morrendo numa UTI. Quando é a vez deles, querem ser deixados em paz (um médico que fala no podcast diz que não gostaria de ser reanimado, não quer passar por tratamentos para câncer, etc);

- Não é só porque a vida possa ser estendida por meio de cuidados médicos que ela deva ser estendida a qualquer custo (em detrimento de qualidade). E se você já pagou por esse cuidado médico, porque não receber algum bônus caso não utilize esse tratamento?
- Há uma mudança em andamento, sutil mas há, de como o sistema de saúde americano olha para a morte.
- O que fazer em caso do paciente mudar de ideia no meio do caminho? E se ele for internado em um hospital quando tiver inconsciente, por exemplo.
- Muitos pacientes sentiriam-se obrigados a pegar o bônus por causa da situação financeira de sua família;
- Um dos médicos do podcast coloca a questão de que os médicos deveriam ser pagos para falar sobre a morte iminente com seus pacientes. Pois essa conversa exige habilidades específicas e tempo, além de ser desgastante emocionalmente para o médico. Hoje, os médicos recebem mais por prescrever quimioterapia a seus pacientes do que por conversar com eles sobre seus desejos.
- Essa conversa incentivaria pacientes a falarem sobre seus desejos no final da vida. Se querem ser ressuscitados ou não etc.
- É muito difícil dizer quando alguém vai morrer (acertar prognósticos), o que inviabiliza a ideia;
- É difícil para os pacientes saberem qual é a melhor opção e tratamento para eles. Qual é a minha real chance de cura ou de sobrevivência com qualidade? Quantos meses ou anos a mais eu viveria?
- Em primeiro lugar, deveria haver uma conversa médico-paciente, honesta, sobre o que é realmente importante para ele. A primeira pergunta seria: como você gostaria de receber suas informações médicas. A segunda: qual é sua compreensão sobre sua situação. A terceira: o que é importante para você. A quarta seria: o que você espera do futuro, e a quinta: você já pensou em algum momento em que poderia estar muito doente, já pensou em testamento vital? Essa conversa mudaria completamente como as pessoas buscariam tratamento médico no final da vida. E faz com que se comportem como médicos, por pensarem no benefício que algo trará e o quanto esse benefício vale a pena ou não;
- A dificuldade do médico falar sobre morte com seu paciente seria um grande problema.
- Ao invés de uma proposta como essa, deveríamos iniciar o uso de cuidados paliativos com antecedência – no diagnóstico de uma doença e não apenas em sua fase terminal. Isso mudaria todo o cenário – para melhor. As pessoas teriam um melhor gerenciamento de sintomas e de dor e as famílias estariam menos estressadas. No final das contas, acabariam vivendo por mais tempo e não menos. E um bom efeito colateral é o de que a maioria das hospitalizações seriam evitadas.

A discussão não é simples e me parece ser um jogo de ideias válido de ser imaginado, por compreender um aspecto fundamental no que se refere a cuidados médicos no final da vida: direto à autonomia. Temos autonomia para tomar decisões, para nutrir uma conversa franca com médicos e familiares sobre um possível fim e como desejamos viver esse momento. Se a autonomia estiver comprometida (por questões físicas como um estado inconsciente), há formas de garantir que desejos sejam executados, com documentos como o testamento vital. Como a médica paliativista Ana Claudia Arantes diz: a morte é um dia que vale a pena ser vivido.

Um dia numa hospedaria de cuidados paliativos

POR CAMILA APPEL

Numa casa de 1954 alugada pela prefeitura, ergue-se uma escadaria cinematográfica de um film Noir, introduzindo um vitral poético. Até os vidros das janelas menores são esculpidos, um deles mostra veados saltitando na floresta, e no outro, panteras. Há uma escada lateral estreita, destinada ao uso de funcionários na concepção inicial. Hoje não há tal distinção. Essa casa que um dia abrigou famílias de alta renda no bairro da Aclimação de São Paulo, desde 2004 recebe pacientes de cuidados paliativos do Hospital do Servidor Público Municipal.

É para essa *hospedaria* – como são chamadas as casas com esse conceito, baseado no termo inglês *Hospice*, que são direcionados pacientes portadores de doenças ameaçadoras da vida (saiba mais no post “Cuidados Paliativos” e “Um dia na enfermaria...”).

Chegam em etapas muito distintas de seu diagnóstico. Alguns vivem dias, outros, anos. Como é o caso de Gilberta Fátima dos Santos, 56 anos, moradora da casa há um ano e oito meses. Acamada devido a um tumor na coluna, Gilberta não tem mais os movimentos da cintura para baixo. Sente falta de morar com a família, mas entende não haver infraestrutura na casa dos filhos para abrigá-la.

“Você sabe como é apartamento, lá é tudo menor. O banheiro é pequeno, impossível de entrar uma cadeira de rodas. Nem tem condições para instalar uma cama dessas (hospitalar). Só se for uma apartamento enorme, com um andar grandão que seja só seu. Então não tem condições. Aí eles (filhos e netas) vêm até aqui. Fui ao teatro com eles, fui para a igreja, fui ver minha netinha no hospital quando ela nasceu...”

Dos quatro filhos, uma menina morreu aos 14 anos, vítima de leucemia. A tragédia veio em dupla, pois na semana seguinte o marido de Gilberta foi assassinado ao reagir a um assalto.

Hoje ela tem cinco netas para alegrá-la em visitas constantes. Na parede ao seu lado, desenhos de Melissa, que adora reproduzir rostos de Mangá. Outra neta trouxe um travesseiro com o cheiro de casa para Gilberta se aconchegar.

Ali na hospedaria, permite-se visitas das 9h às 21h e os animais de estimação são bem-vindos. De unhas sempre feitas, dentre outras marcas de uma vaidade viva, ela gosta dos cuidados recebidos e admira o trabalho dos profissionais.

O conceito de cuidados paliativos envolve uma equipe multidisciplinar. Nessa casa percorrem enfermeiros, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, orientadores espirituais, fisioterapeutas, dentistas e nutricionistas. Alguns fazem parte da equipe fixa que se reúne semanalmente para discutir caso a caso. Ainda há voluntários, como uma enfermeira especializada em medicina chinesa, músicos e contadores de histórias.

A frente dessa galera bem intencionada está a médica oncologista Dalva Matsumoto, coordenadora da hospedaria e cofundadora do Instituto Paliar – voltado para educação em cuidados paliativos.

Dalva comenta a dificuldade em se quebrar paradigmas nessa área. “Cuidados paliativos não é abreviar a vida, não é tirar tratamentos e possibilidades. Trata-se de oferecer um tratamento que seja *proporcional* ao paciente. Adequado ao seu momento de vida e à sua doença. É difícil, porque a sociedade acabou sendo levada a acreditar que mais é melhor. Mas às vezes, menos é mais. Tem que ter delicadeza na hora de oferecer instrumentos. Senão, pode-se levar à distansia, que é o prolongamento da vida a qualquer custo, o sofrimento por excesso de tratamentos”.

Dalva também considera importante tirar o foco de que ali só se hospedam pacientes que estão morrendo. “Apesar de recebermos pacientes com diagnóstico de dias ou de semanas de vida, acabamos oferecendo uma sobrevivência muito maior, de anos. Os cuidados paliativos podem ser iniciados no diagnóstico da doença e não na sua terminalidade. Oferecemos a possibilidade de reinserção da pessoa na vida social e familiar. Existe uma morte social que a doença traz que pode ser pior do que a morte física, e a gente recupera isso”.

Fala-se muito em “dor não física” – seria a dor psicológica. Nos corredores ouvi falar em *dor existencial*, sobre uma paciente que não aceitava a morte, por ser muito jovem. “No hospital só tratam doenças, aqui tratamos pessoas”, é um lema comum da área de cuidados paliativos.

Discute-se a situação da família na reunião de equipe. Como é a relação entre cada um e como estão reagindo. Há recomendações como conversar com uma ex-mulher que está em conflito, por exemplo. Considera-se que na doença, os conflitos familiares que eram jogados

para debaixo do tapete vem à tona. Os médicos se envolvem com essas situações. E até casamentos já fizeram dentro da casa. Foram três até hoje.

É uma casa com horários, mas sem uma rotina rígida. Há um intervalo de horário para banho (pela manhã), outro para almoço, lanche e jantar. No meio tempo, é comum ver um paciente lendo, tomando sol, assistindo TV ou recebendo visitas.

O horário de dormir é às 22h. Mas nem sempre é seguido. Alguns pacientes trocam a noite pelo dia, pelo receio de fechar os olhos no escuro e nunca mais abri-los.

Gilberta não. Dorme bem à noite e sonha, sempre com o corpo andando. “O nosso cérebro trabalha o desejo, a vontade que temos de andar, entendeu?”. Se as pernas voltassem a perambular, iria trabalhar como voluntária, contando histórias para pacientes, além de brincar muito com as netas. Quando tem insônia, liga a televisão baixinho, mas é raro.

Numa pausa na conversa, observamos passarinhos comendo amoras na árvore que ocupa a vista da janela. Gilberta suspira e diz sem eu precisar perguntar: “O tratamento aqui tem uma coisa de bom que eu analisei e observei: as pessoas aqui quando morrem vão bem. Não precisa entubar, ninguém vai gritando, passando mal. Eles cuidam de você com todo carinho do mundo. É tanto carinho que as pessoas vão bem. Eles viram o rostinho assim e vão com Deus. Eu rezo um Pai Nosso, uma Ave Maria e peço para que estejam com muita luz. A única certeza que a gente tem é da morte. O dia e a hora só Deus que sabe. Mas é um mistério né, a morte. Todo mundo fica preocupado sobre como é o lado de lá. Acho que as pessoas têm medo”.

Sentada em sua cama hospitalar, de batom na boca e penteado no rosto, Gilberta tem o melhor lugar do amplo quarto com capacidade para abrigar mais quatro pacientes. De frente para a TV e para a o vitral, com vista para as amoras e os pássaros. Lembranças das netas ao redor. Quem passa pega na sua mão e pergunta com carinho como a dona Gilberta está, e se precisa de alguma coisa. Ela pede água e um remédio para dor de estômago, confirmando a impressão de que muito além de paciente, Gilberta é uma hóspede. De passagem, como todos nós.

“Porque viver para além das conquistas da ciência, é mais do que respirar” – Eliane Brum

OBS: A hospedagem nessa casa é gratuita mas só disponível aos conveniados (e seus familiares) do Hospital do Servidor Público Municipal – funcionários públicos do município de São Paulo. Cabe ao paciente apenas garantir um acompanhante 24h, seja ele pago (nesse caso, pelo próprio paciente) ou não.

Falta de regulamentação

O Conselho Federal de Medicina e a Associação Médica Brasileira reconhecem a medicina paliativa como área de atuação. Mas ela não é uma especialização e por isso deve ser ligada a uma das oito especialidades permitidas: clínica médica, pediatria, geriatria, cancerologia, anesthesiologia, medicina de família, medicina intensiva e cirurgia de cabeça e pescoço.

Há avanços para os atuantes nessa área. O Código de Ética Médica de 2010 menciona que o médico tem a obrigação de oferecer cuidados paliativos ao paciente, sendo um direito do mesmo recebê-los. E a resolução 1.805 do Conselho Federal de Medicina fala sobre o direito do paciente portador de uma doença avançada em decidir se deseja ou não a aplicação de medidas invasivas desnecessárias, tratando dos critérios para a ortotanasia (permitir que a morte ocorra de forma natural, suspendendo tratamentos e tecnologias que prolonguem a vida).

Para Dalva Matsumoto, ainda há muito a ser feito. Como uma indicação formal de critérios para os locais de atendimentos e tipos de profissionais, além da especificação de políticas de remuneração no SUS e nos planos de saúde. “Não há tabelas de remuneração dos profissionais de cuidados paliativos, nem tempo de duração da consulta. Por exemplo, uma consulta oncológica do SUS é de meia hora. A gente precisa batalhar para que uma consulta de cuidados paliativos seja de pelo menos uma hora”, diz Dalva.

A falta de regulamentação também facilitaria a abertura de clínicas particulares que agem sob o título de cuidados paliativos mas não oferecem a infraestrutura e o amparo adequados.

A médica considera fundamental a oferta de mão de obra especializada no setor. “É preciso formar as pessoas. Isso é uma coisa que temos lutado bastante”.

O Instituto Paliar, fundado por ela junto com a médica de família Maria Goretti Salles Maciel e Dr. Ricardo Tavares de Carvalho, está na terceira turma de um curso de especialização aprovado pelo MEC (por ser ligado a uma universidade – São Camilo). E o de pós-graduação está na sétima. Dalva comenta que a procura aumenta a cada ano. “E não apenas por médicos, mas também psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, dentistas, nutricionistas, todos os profissionais ligados à assistência que estão interessados em cuidados paliativos”.

Entrevista com Eliane Brum

POR CAMILA APPEL

Uma pensadora dos nossos tempos, uma artista das palavras, mestre da capacidade de emocionar contando histórias reais. Uma escutadeira que escreve, como gosta de dizer. Alguém que se apodera da sua voz e da sua presença no mundo.

É a jornalista Eliane Brum. O m originalmente era n. Foi amputado num registro errado do tetravô italiano ao desembarcar no Brasil. Essa perna a mais assinala para si tanto uma presença, quanto uma ausência, como ela conta no livro “meus desacontecimentos” (ed. Leya, 2014). A palavra é fundamental para Eliane. “A palavra é outro corpo que habito. Não sei se existe vida após a morte. Desconfio que não, sei que para mim não existe vida fora da palavra escrita. Só sei ser – por escrito. No meu nome carrego o que sou e o que não sou, sustento o que busco e não alcanço, assim como o vazio entre as letras, o incapturável em mim. O indizível também me constitui”.

Ela tem uma voz suave com leve sotaque de Ijuí (Rio Grande do Sul), sua cidade natal. Seu celular está sempre desligado ou no mudo, por não se considerar imprescindível para ser encontrada de imediato, e sentir que nosso tempo perdeu a noção de urgência – “Estamos vivendo como se tudo fosse urgente. Urgente o suficiente para acessar alguém. E para exigir desse alguém uma resposta imediata” (aspas da coluna “É urgente recuperarmos os sentido de urgência”).

Após vinte anos respirando no tempo da rotina de uma redação jornalística, ela decidiu dar um mergulho no seu próprio tempo. Foi descobrir, por exemplo, qual era seu tempo de acordar. Por um período, passou a dormir das 19h às 2h30 da manhã. A mudança no seu modo de viver tem inspiração numa frase de Ailce, protagonista da reportagem “A mulher que alimentava” (“O Olho da Rua, ed. Globo, 2008 – esgotado no impresso mas disponível no Kindle. Será reeditado no final de outubro pela ed. Arquipélago) – na qual acompanhou os últimos 115 dias de vida de Ailce, tocada por um câncer sem chances de cura. Ailce diz: “quando eu tive tempo, descobri que meu tempo tinha acabado”. Esse tecido da vida, como Eliane chama o tempo, é a grande questão da atualidade.

Eliane começou a escrever e a estudar a morte em 2008. Na entrevista abaixo, ela fala sobre “a morte silenciada”. E, principalmente, sobre a oportunidade única que vivemos, de testemunhar a quebra desse silêncio, impulsionada pelos tempos confessionais das redes sociais. Ver o que será dito a respeito da morte agora que se fala sobre ela, é o que fascina Eliane Brum.

Conversamos sobre morte (a última experiência da vida, como diz), o tempo e a medicalização da vida, num restaurante com jeito de sala de estar e LPs à venda na entrada. Um casal na mesa ao lado se agarrava numa paixão admirável, enquanto partíamos da morte para falar sobre a vida, sobre o momento histórico em que vivemos e sentindo talvez certa emoção em poder testemunhar o que está acontecendo, além de uma curiosidade pelo o que está por vir.

Sobre seu futuro, Eliane diz que qualquer coisa pode acontecer, inclusive voltar para uma redação, por que não? Afinal, “a vida cimentada é uma vida morta”.

O que você quer dizer com o que chama de silenciamento da morte nos nossos tempos?

Eu acho que a imprensa, em geral, fala muito de uma morte especificamente – que precisa ser falada também – que é a morte violenta, a morte por assassinato, a morte por acidente de trânsito, a morte por catástrofe... Essa é uma morte frequente no noticiário. E acho até que algumas dessas mortes são menos faladas do que deveriam, como a questão do assassinato de parte da juventude negra. Os números de jovens negros assassinados são um escândalo. E deveria ser um escândalo na imprensa também. Então, apesar de a imprensa, em geral, falar da morte violenta com frequência, fala pouco das mortes que têm cor, têm classe social, para além das estatísticas. Eu fiz algumas matérias sobre isso, como as mães que enterram seus filhos assassinados, mulheres que são submetidas a essa dor inominável – e não nomeável. Porque é uma dor sem nome. O marido que perde sua companheira é viúvo, os que perdem os pais são órfãos, mas quem perde os filhos não tem nome.

Eu acho que a gente viveu, especialmente no século 20, o silenciamento da morte por velhice e por doença, que é a morte da maioria. A maioria não vai morrer de bala perdida, de acidentes de trânsito ou por assassinato. A maioria vai morrer por velhice e doença. Essa morte, que costuma ser vivida dentro dos hospitais, passou a ser vista no século passado quase como um

fracasso. No momento em que passamos a valorizar o prolongamento da vida a qualquer preço e a juventude se tornou um valor em si, o morrer passou a ser algo clandestino.

Também se passou a falar pouco sobre o luto. Uma prova disso é a quantidade de dias que a legislação garante de licença para alguém que perde um familiar (segundo a CLT, são dois dias consecutivos com algumas variações dependendo do grau de parentesco e da profissão. Para servidores públicos são oito dias). Como essa morte é ignorada, nem se precisa dar tempo para que ela seja superada, já que é como se não tivesse acontecido.

Mas eu acho que isso está começando a mudar. Por uma série de questões históricas e também com as redes sociais. Acho que estamos num tempo muito confessional. As pessoas estão falando sobre tudo. O antropólogo britânico Geoffrey Gorer escreveu no ensaio “Pornografia da Morte”, de 1955, que a morte do século 20 passou a ter o mesmo caráter que tinha o sexo no século 19, na era vitoriana. Ela teria se tornado obscena e feia e por isso deveria ser escondida. E o luto passou a ser tão secreto quanto a masturbação.

Neste século 21, com as redes sociais da internet, as pessoas passaram a falar sobre seus desejos sexuais, e formas de experimentá-los. Muita gente que não tinha espaço para falar daquilo que não era convencional, encontrou seus pares na internet. Encontrou seu grupo. Claro que eu estou falando de adultos e de sexo consentido – é sempre bom sublinhar isso.

A morte começa a aparecer aí também, com grupos como o “Mães sem Nome” (e “Mães para Sempre”), e plataformas do tipo “Vamos Falar Sobre o Luto”. As pessoas também começaram a falar sobre como elas se sentem ao envelhecer. Não da forma como a propaganda vende, entre aspas, a terceira idade, mas sim da forma como elas se sentem realmente. Parece que a internet abriu espaço para relatos confessionais que começam a dar conta também da morte, do luto e do envelhecimento e que, com frequência, saem do lugar comum e do campo da publicidade e do marketing.

Especialmente neste século 21, e com cada vez mais frequência, têm surgido muitos livros e relatos sobre o assunto, de pessoas passando pela experiência da morte ou do luto ou do envelhecimento, também aqui no Brasil. Uma das frases que me parece mais exata sobre isso é que “a morte não é o contrário da vida, a morte é o contrário do nascimento. A vida não tem contrários”. A morte está dentro da vida, o morrer é a última novidade que todos nós teremos sobre a vida. A nossa última experiência viva em uma vida é o morrer.

Oliver Sacks (neurologista e escritor anglo-americano) tem escrito belíssimos textos sobre o morrer vivo. E outros vêm contando de outras maneiras. É múltiplo, não tem um jeito certo ou errado de dizer as coisas. Tem o jeito de cada um. Mas acho que estamos testemunhando, nesse início de século especialmente, a quebra desse silêncio. E eu estou muito curiosa para saber quais são as narrativas que virão. Tanto de pessoas conhecidas, como o Oliver Sacks, quanto de anônimas.

Acho que é um momento interessante esse que a gente vive. Agora que esse silenciamento está sendo quebrado, minha grande curiosidade é: agora que podemos falar, o que falaremos? Essa é uma grande questão que para mim é fascinante. Mas sem esquecer que é importante respeitar também quem quer silenciar. Não o silenciamento que é opressor, que é uma imposição. Mas sim a escolha pelo silêncio, a escolha pelo recolhimento. Nem todo mundo precisa contar, nem todo mundo precisa confessar. Nem todo mundo precisa se expor. É importante que cada um possa viver da maneira que lhe for possível e da maneira que desejar esse momento tão crucial da vida.

Você acha que a mudança na estrutura etária da sociedade está interferindo na nossa visão da morte?

Acho que sim. Quando eu fiz a matéria sobre os últimos 115 dias de vida da Ailce, algumas pessoas achavam que era mórbido fazer essa escolha de contar o processo da morte dela. Acho que hoje, talvez, menos pessoas achassem isso, e se passou menos de dez anos. Nossa época é acelerada, em vários sentidos. Mórbido é o não poder contar. É aquilo que paralisa, que não pode ser dito. Contar uma vida é o contrário de ser mórbido.

Você comenta que essa reportagem impactou muito seu modo de viver. Olhando para trás, hoje, você ainda vê impactos daquele momento?

Sim. Fiz várias reportagens sobre o morrer e sobre os diferentes sentidos do morrer. Mas essa em que acompanhei os últimos 115 dias da vida da Ailce me impactou muito porque acho que foi o ato de maior confiança que alguém já me deu como repórter. Porque eu ia escrever uma história que ela jamais leria. E eu queria muito contar essa morte silenciada. Eu escolhi fazer essa matéria, mas no momento em que me vi diante da Ailce, na casa dela – ela morava na periferia de Guarulhos – me dei conta da situação impossível em que eu tinha me colocado.

Por um lado, eu queria que essa reportagem acabasse o mais rápido possível, porque era muito duro lidar com isso, e por outro, eu queria que ela nunca acabasse. Porque o fim dessa reportagem era o fim da vida dela. Então eu tinha me colocado numa situação impossível.

Percebi que a única maneira de fazer essa reportagem era – como é em qualquer reportagem – pela escuta. Logo no início dessa escuta, Ailce me disse algo que vai me marcar para sempre: “Quando eu tive tempo, descobri que meu tempo tinha acabado”.

Ela estava num momento muito particular. Tinha sido merendeira de escola a vida toda. Aí se viu aposentada, com uma casa própria, começando a fazer as coisas sempre adiadas, como tanta gente faz, com os filhos já grandes, com tempo para ela – ela estava começando a viajar, a ir dançar, a ir em bailes, a experimentar outras coisas... Nesse momento, ela descobre um câncer sem chances de cura.

Ela nunca pronunciou a palavra câncer. Eu falava todos os dias com ela e ela nunca pronunciou essa palavra. Eu também nunca a pronunciei, senão jamais saberia que ela não a pronunciava. Uma parte da minha escuta era saber como ela nomeava aquilo que a mataria.

Mas quando ela disse essa frase, eu percebi que falar sobre a morte era falar sobre o tempo. E o que a gente perdia quando calava sobre a morte era justamente uma oportunidade única de pensar sobre a vida. Falar sobre a morte é pensar sobre a vida, é qualificar a vida. E especialmente, falar sobre o tempo.

Tem uma outra frase que eu adoro, do professor Antônio Cândido, em que ele diz que tempo não é dinheiro. Essa seria uma brutalidade que o capitalismo faz em se considerar o senhor do tempo. Tempo é o tecido das nossas vidas.

Pensar sobre a morte pela reportagem me fez questionar o tecido da minha vida, o tempo da minha vida. Várias das minhas escolhas que vieram a seguir, até hoje, surgiram dessa compreensão profunda. Eu queria me apropriar do meu tempo. Viver nos meus próprios termos. Isso me fez tomar decisões maiores como sair do dia a dia da redação impressa.

Eu já estava há mais de vinte anos dentro de redações e queria saber como era viver no meu tempo. A vida dentro da redação era muito significativa, eu sempre procurei fazer da minha vida algo com significado para mim e para as pessoas, algo com sentido. Sou muito grata pelo tempo que eu vivi nas redações, foi uma vida muito viva. Mas eu estava com 44 anos e queria experimentar um outro tipo de vida. Não quer dizer que eu não vá voltar um dia, porque a vida é movimento, e eu busco não cimentar nada. Uma vida cimentada é uma vida morta.

Fui buscar outro jeito de viver mesmo nas coisas mais banais. Eu queria saber, por exemplo, qual era o meu tempo de acordar. Nunca tinha pensado sobre isso. Uma coisa simples assim. Desde criança, sempre tive hora para acordar. Primeiro era o colégio, depois era o tempo do jornal, que era diário, depois o tempo da revista, que era semanal, o tempo do fechamento, e o tempo do mundo. Porque a gente vive num mundo que lida de determinada forma com o tempo, e essa forma de lidar não é um dado da natureza, é também um dado do campo da política. Então, eu queria saber quando eu gostava de acordar e quando eu gostava de escrever. Comecei a acordar às 2h30 da manhã, naturalmente. E passei a dormir muito cedo, por volta das sete da noite. Sempre gostei desse momento da madrugada, quando está todo mundo dormindo. Hoje eu durmo cedo, mas não tão cedo, então posso ter algo próximo a uma vida social, como ir ao teatro, jantar com os amigos, e acordo às 5h da manhã, sem despertador. Deleti o despertador da minha vida, exceto em casos obrigatórios.

Escolhi também, por exemplo, não usar celular. Eu tenho um para emergências. Ele fica no mudo ou, em geral, desligado.

As pessoas perderam o sentido da urgência. Tudo virou urgente. E quando tudo vira urgente, nada é urgente. Essa também é uma questão do tempo. Saber o que é importante e o que é urgente. E, portanto, o que é prioritário. Quando se perde esse sentido do prioritário na vida de cada um, se perde muito. Eu tenho a consciência de que não sou imprescindível. As pessoas podem viver perfeitamente sem me acharem de imediato. Eu não tenho a arrogância de pensar que todo mundo precisa me encontrar.

Se você ligar para meu celular, vai encontrar uma gravação assim: “não uso o celular, por favor me mande um e-mail”. Para mim, a melhor maneira de me comunicar é o e-mail. Para muita gente é antiga, eu gosto porque escolho a hora de ler e sei que não estou invadindo o espaço do outro, porque ele também pode escolher quando quer abrir e quando quer me responder. Às vezes, a gente precisa pensar para responder. Não precisa ser de imediato. Não existem repostas imediatas para as pessoas. Acho que o tempo é a grande questão. Ser acessível a qualquer momento é, para mim, insuportável. Então, eu não uso telefone fixo e não uso celular.

Você escreveu várias colunas sobre a medicalização da vida. Porque é um tema que te mobiliza?

Acho que a medicalização da vida é uma marca, um traço do nosso tempo histórico. É claro que há casos de depressão severa e situações em que a medicação pode ser muito importante – não se pode esquecer disso. Mas acredito que estamos vivendo uma espécie de doping generalizado. É um doping, legalizado (com drogas lícitas), e que acontece cada vez mais cedo. Esse doping já começa na infância, com as crianças, com a massificação de diagnósticos como os de síndrome de hiperatividade e déficit de atenção – que eu acho no mínimo questionáveis. O que tem acontecido com frequência é que as crianças fora da caixa, que não se enquadram no modelo, têm sido diagnosticadas e medicalizadas cada vez mais cedo, e com remédios cujos efeitos a longo prazo não conhecemos. E as crianças dependem da responsabilidade dos adultos, são indefesas diante desse processo. Acho que deveríamos ter um debate maior sobre o doping das crianças por medicamentos. Basta andar por aí, especialmente em grupos na internet, para perceber que essa geração, ao chegar à adolescência, muitas vezes se une e se define pelo diagnóstico, como se isso fosse tudo o que são. É um mundo bem complexo e acredito que precisamos pensar mais sobre isso.

Se um adulto usa drogas, seja quais forem, me parece que é uma escolha dele. Mesmo no caso das drogas lícitas, ele pode aceitar ou não o diagnóstico do médico, ele pode buscar outras formas de encarar seus sentimentos e o que se chama de sintomas, ele deve ter garantido o acesso às várias formas de lidar com o que é do humano. Mas se uma criança é obrigada a usar drogas porque a escola antecipou um diagnóstico e o médico avalizou esse diagnóstico, seja com a justificativa que for, é mais complicado, porque ela não tem escolha e essa imposição terá consequências. Muitas vezes, e há várias pesquisas bem conceituadas sobre isso, o diagnóstico e drogas como a ritalina podem servir para tentar calar algo que deveria estar sendo discutido dentro da família, dentro da escola, com aquela criança. O tratamento, nestes casos, pode estar a serviço de um silenciamento. É preciso discutir mais esse fenômeno e todos os atores desse processo – pais, professores, médicos, psicólogos, etc – tem de ser mais responsáveis e mais responsabilizados por suas escolhas. Não há verdades únicas em nenhum campo da vida.

Estamos vivendo numa sociedade dopada por medicamentos, na qual a grande autoridade é o médico. Temos agido como se tudo o que é da vida fosse uma patologia, transformando, por fim, a própria vida numa patologia. Como se a tristeza fosse uma patologia, como se a angústia fosse uma patologia, como se a ansiedade fosse uma patologia. E no lado oposto, há o imperativo de felicidade de consumo. De certa maneira, eu sou uma defensora do mal-estar. Nesse momento histórico que estamos vivendo, ser feliz e saltitante como um carneiro de desenho animado é o que deveria ser preocupante, é o que deveria fazer tocar a sirene. Eu defendo o mal-estar como um movimento, como algo ativo, algo transformador. Porque o grande risco de silenciar com medicamentos aquilo que é da vida é não elaborar, não pensar, não reagir, não transformar, não fazer marca do vivido. E com isso a gente perde muito. Acho que, em parte, as séries, os filmes, a literatura de zumbis, fazem tanto sucesso porque o mundo está cheio de mortos vivos, paralisados e anestesiados, não só, mas também por medicamentos. Acho que o mais triste é essa vida morta.

Há tanta histeria com as drogas que são proibidas, mas as que me preocupam são essas legalizadas, vendidas massivamente como remédio, exatamente porque são muito pouco questionadas, como se não tivessem efeitos colaterais variados. Principalmente com as crianças, que não têm formas de se defender desse processo, nem escolha. E começam a ser silenciadas desde cedo por não caberem num determinado modelo de comportamento. Não sou contra as drogas, nem sou contra os medicamentos. Só acho que esse olhar disseminado, que patologiza a vida e tudo o que é da vida, e que se tornou uma característica tão presente nessa sociedade, não é uma verdade única e serve a muitos interesses, como aos da indústria farmacêutica. Acho que precisamos discutir mais e não naturalizar uma vida em que é preciso tomar um remédio para ficar acordado e ser produtivo, outro para dormir, outro para não ficar ansioso, outro para não ficar triste, outro para ter desejo sexual e assim por diante. Acho que a gente precisa voltar a exercitar o espanto e a dúvida também sobre a patologização da vida e a medicalização massiva, o espanto e a dúvida como algo que nos impulsiona a ter uma vida mais interessante. E por mais interessante eu entendo não uma vida necessariamente feliz, mas uma vida viva. E uma vida viva tem de tudo. Tem, especialmente, movimento.

Em alguns artigos, eu usei o termo “boa morte”. Na sua coluna “Morrendo na primeira pessoa”, você faz a consideração de que não seria um conceito correto, por considerar que não existe morte boa ou ruim. Mas o que seria, para você, uma morte que gostaria de viver?

O que eu critico é trocar um tabu por outro. Ou trocar um imperativo por outro. Passamos boa parte do século 20 silenciando sobre a morte, e agora, quando ela começa a ser falada, seria muito triste que se criasse outros dogmas para isso.

Eu não acho que tem um jeito certo ou errado de morrer. Tem o jeito de cada um. Algumas pessoas acham melhor morrer em casa, cercadas pelas pessoas que amam, pelos objetos que fazem parte do seu mundo, contando histórias e ouvindo histórias. Outros vão achar melhor morrer no hospital. Tem quem vai tentar tratamentos invasivos, mesmo sabendo que têm pouca ou nenhuma chance de ter resultado, outros vão preferir não. O importante é que os desejos sejam respeitados, que esse último ato da vida de alguém seja vivido nos termos dessa pessoa. Que a pessoa possa escolher e não que escolham por ela. Hoje em dia, muita gente é submetida a tratamentos invasivos, dolorosos e inúteis, condenadas a morrer sozinhas numa UTI. Acho que se é uma escolha daquela pessoa, tudo bem. Mas, em geral, não é uma escolha. Por isso, considero muito importante o testamento vital. Nesse documento é possível decidir e informar os familiares das suas decisões, como, por exemplo, se deseja ser ressuscitado ou não...

Se eu adoecer, ou tiver um acidente, e ficar impossibilitada de manifestar as minhas escolhas, as minhas opiniões, eu gostaria de morrer em casa, com as pessoas que eu gosto, cercada com as coisas que fazem parte da minha vida. Com as músicas que eu gosto, se eu for capaz de ouvir. Com os meus livros mais queridos. Sem dor física ou com o melhor que possam fazer para minimizar minhas dores e desconfortos físicos. Se não houver chance de cura, eu não quero tratamentos invasivos, não quero ir para uma UTI, não quero ser entubada sem necessidade, ou ressuscitada... Já deixei esses desejos claros para a minha família. Mas pode ser que na hora de morrer, eu descubra que quero outras coisas. Isso não será mais certo ou mais errado, mais digno ou menos digno. Eu acho que a dignidade está em respeitar a escolha daquele que está morrendo.

Eu já comprei meu túmulo porque quero escolher o lugar onde vou ficar. Gostaria de ser enterrada e não cremada porque eu gosto da ideia de me misturar à terra depois de morta. Ao contrário da maioria das pessoas, a ideia de que virarei comida de vermes me parece interessante, porque me manterá viva de alguma maneira, nessa eterna transformação da matéria que faz nosso universo tão fascinante.

Eu tenho uma amiga, Debora Noal, que trabalha no Médico Sem Fronteiras, que diz que ela tem raízes aéreas. Eu me identifico com isso. Gosto muito de estar em trânsito, o meu lugar é um lugar de estrangeira – não de turista. Mas eu queria ser enterrada num local onde a minha família tem uma história, por isso escolhi um cemitério no Barreiro (RS) – povoado rural onde meu pai nasceu, no interior de Ijuí, e onde está enterrada a primeira professora do meu pai, Luzia, a mulher que, com esse nome profético, nos arrancou simbolicamente da escuridão e da cegueira das letras, já que meu pai foi o primeiro a estudar depois de uma longa série de gerações à margem das letras. Para morrer, quero replantar as minhas raízes, que, na minha vida, tratei de deixar voando pelo mundo.

Mas eu queria mesmo era não morrer. Tem uma frase do Woody Allen na qual ele diz que a única imortalidade que o interessa é não morrer. Adoro essa frase. Mas como morrer é inescapável, o que eu quero é me apropriar do meu tempo, para que quando a morte chegar, eu morra sabendo que o tempo foi meu, que eu teci esse tempo. Uma vida boa é uma vida cheia de marcas. Marcas do vivido. Eu quero morrer cheia de marcas. No sentido da poesia de Adélia Prado, como um vitral – fazer das minhas marcas um vitral bem colorido. Eu quero morrer sabendo que eu tive uma vida viva, então essa morte também vai ser viva. Se existe uma “boa morte”, talvez seja a de morrer sabendo que eu fui viva.

“Alguns acham que sou mórbida. Estão enganados. Encarar a morte com naturalidade é o mais longe da morbidez que se pode estar. Só espero ter sabedoria para viver minha vida com intensidade até o último suspiro. E sabedoria para morrer, sem tentar espichar a vida nem abreviá-la. Não gostaria de morrer de repente, como tantos desejam. A curiosidade sempre moveu meus passos. Quando a morte chegar, não quero perder a única chance de olhar no seu olho. Quero saber o que é morrer. Quero me lambuzar de morte como me lambuzei de vida. Quero viver. Até o fim” – Eliane Brum na coluna “Comprei meu túmulo”.

ANEXO C

ANEXO C – Outros Artigos

A médica que prescreve poesia na lida diária com a morte

Publicado em Ex-alunos, Gente da USP, Perfil, USP Online Destaque por Redação em 9 de maio de 2012

Por Paulo Hebmüller, do Jornal da USP, especial para o USP Online

Um paciente alcoólatra, vítima de cirrose e câncer, com a barriga inchada pela doença e a pele tão amarelada a ponto de a estudante de Medicina que foi visitá-lo fazer a comparação com a cor de um canário. Muitos anos depois, ainda é no seu Antônio, o paciente que lhe coube entrevistar no Hospital Universitário (HU) da USP, que a médica Ana Claudia Quintana Arantes identifica o ponto de partida para sua trajetória na área de cuidados paliativos – uma disciplina pouco difundida e que continua cercada por preconceitos no Brasil.

Angustiada porque seu Antônio não conseguia contar sua história – as dores eram grandes demais –, a então terceiranista da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) procurou o professor para saber se havia algum remédio que pudesse aliviá-lo. “Ele fez uma cara de irritado e disse: ‘Eu já tinha dito que era um paciente terminal. Você sabe o que é um paciente terminal?’ Eu disse que sim, mas que ele estava com dor. Aí o professor falou que não tinha nada para fazer”, conta Ana Claudia. “‘Não? Ele está morrendo de dor. Não tem nada para aliviar a dor agora?’ Aí ele respondeu que não, que se eu desse o remédio para dor o fígado não aguentaria. Eu perguntei: ‘Mas você não está me dizendo que não tem mais jeito? Que diferença faz salvar o fígado dele porque não demos analgésico?’ Bom, tomei uma baita de uma cravada...”

“Cuidados paliativos não são abandono; pelo contrário, nós dobramos a escala do paciente.”

É com base em histórias como essa que a médica acredita que sua opção pelos cuidados paliativos “veio pela dor”. Aliás, diz, “a maior parte dos profissionais que trabalham com isso deve a escolha à vivência de uma situação difícil”. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida do paciente e de sua família em caso de doenças que ameacem a continuidade da vida. Eles incluem a avaliação e o controle de forma impecável não somente da dor, mas de todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual.

“Todos são portadores de felicidade. Uma pena notar que boa parte da humanidade ainda é assintomática.”

Em outras palavras, os cuidados paliativos focam o conforto e o bem-estar do paciente e dos familiares quando se sabe que a doença não responde mais aos tratamentos convencionais e levará ao desfecho inevitável. Eles representam o contrário da obstinação terapêutica, em que todos os recursos tecnológicos são utilizados para manter a sobrevivência – num quadro que, não raro, se traduz numa pessoa inconsciente cujas funções orgânicas só se sustentam porque ligadas a aparelhos. É por essa razão que profissionais de várias correntes defendem que a obstinação terapêutica – ou distanásia – nada tem a ver com prolongamento da vida, mas sim com mero adiamento artificial da morte, causando ainda mais sofrimento ao paciente e à família.

Enquanto nos Estados Unidos existem mais de dois mil programas de cuidados paliativos, no Brasil eles são pouco mais de 30. É bom, entretanto, não confundi-los com as estratégias de “humanização” apregoadas pelos grandes hospitais, alerta a médica. “Humanização é aparência, uma coisa ligada ao discurso corporativo. Os cuidados paliativos trazem humanidade”, defende. “Não se pode pensar num profissional da área que não seja uma pessoa muito boa no que faz. Tem que buscar o melhor em termos de formação, de conhecimento técnico e de atualização, mas tem que ter o coração envolvido.”

“O estado de amorosidade do ser humano deveria se tornar algo como a temperatura ou o pH do sangue: perene, necessário ao bom funcionamento de todos os nossos sistemas, internos e externos.”

Ana Claudia vai lançando suas sementes para tentar envolver mais corações. Formada em 1993, fez residência em Geriatria e Gerontologia no Hospital das Clínicas da FMUSP, pós-graduação em Intervenções em Luto pelo Instituto 4 Estações de Psicologia e especialização em Cuidados Paliativos pelo Instituto Pallium e Universidade de Oxford, na Inglaterra.

Em 2007, criou em São Paulo, ao lado de três colegas, a Casa do Cuidar, organização voltada para a prática e ensino de cuidados paliativos. “Está cheio de gente morrendo mal”, justifica, e avisa: “quando chegar a minha vez, quero alguém que me cuide direito, porque eu vou dar trabalho”.

Testamento vital: autonomia no fim da própria vida

Recentemente, foi aprovado pelo Conselho Federal de Medicina a medida que garante a legalidade do testamento vital, que permite ao paciente escolher previamente como será seu tratamento quando não existir cura da sua doença e ele não conseguir mais se comunicar. Até então, a escolha ficava a cargo dos familiares mais próximos, o que transferia a responsabilidade da importante decisão para um terceiro. Porém, a nova medida trouxe regras mais justas, como afirmam especialistas da área.

“Delegar isto para outra pessoa, decidir pela vida dos outros, é um peso muito grande”, pontua o Dr. Fábio de Mello, coordenador médico da unidade Einstein na Vila Mariana, que abriga o residencial de idosos e a área de pacientes crônicos do hospital. Segundo o especialista, não existe ninguém mais preparado para decidir como deve ser o fim da vida do que a própria pessoa. “A discussão sobre como envelhecer é algo muito benéfico e, o quanto antes isso acontecer, a decisão será mais assertiva”.

De acordo com ele, a nova medida não foi estabelecida por acaso, mas sim baseada em um assunto que se passa sempre pela cabeça dos doentes em fase terminal. “Mesmo antes desta decisão, eu já tinha pacientes que falavam sobre isso. Acho a aprovação do testamento vital bastante positiva”.

Assunto deve ser tratado aos poucos

Apesar de ver a legalidade da escolha do destino final do paciente como benéfica, o Dr. Fábio afirma que é preciso ter calma na implantação desta medida. “Em curto prazo, deve haver muita resistência da maioria dos pacientes, já que irá causar um impacto grande. Isso porque é difícil falar para alguém saudável hoje que ele precisa tomar essa decisão. Geralmente este tipo de discussão leva ao desconforto, então é preciso ter muita maturidade desenvolvida para falar sobre isso”.

Assim como ele, a Dra. Theodora Karnakis, geriatra e gerontóloga do Einstein, também vê a validade do testamento vital de forma positiva, mas ressalta que não é possível exigir que todos os pacientes possam tomar esta decisão de uma hora para outra. “A discussão sobre o tema é difícil e é muito bom que isso seja falado, mas culturalmente o brasileiro não está habituado a falar sobre a morte”.

Mesmo chegando só agora no Brasil, o testamento vital já é considerado legalmente em outros países. Os Estados Unidos, algumas nações europeias e a vizinha Argentina possuem leis que levam em consideração a opinião prévia do doente em estado terminal. No Brasil, porém, conforme explicam os médicos, é preciso ter calma. “Estamos em um processo evolutivo desta discussão. É importante que isso seja feito com calma”, diz a Dra. Theodora.

O papel do médico

Uma decisão complicada como determinar qual deve ser o fim da própria vida não pode ser feita por impulso. Conforme explica a geriatra do Einstein, o médico responsável tem papel fundamental na alternativa do paciente. “A escolha só vai acontecer direito se houver uma boa relação entre os dois. Eu já conversei muito com meus pacientes e até relato isso no prontuário. O impacto desta decisão é menor quando conversado”.

Para ela, porém, é preciso que o médico tenha bastante cuidado ao tocar neste assunto. “É importante conhecer o paciente para fazer uma abordagem de forma adequada. Precisamos deixar claro que ele pode mudar de opinião a hora que ele quiser. Vejo que, para isso, deve, inclusive, acontecer um treinamento por parte dos médicos”.

Bem-estar acima de tudo

É comum as pessoas verem na figura do médico um profissional que tem como objetivo salvar vidas a todo custo. Segundo explica o Dr. Fábio, a função do especialista é outra. “Uma vez que existe uma doença progressiva sem cura, saímos de uma condição de melhora do paciente para a de conforto. Aplicamos medicamentos e tomamos medidas mais no sentido de deixá-lo bem”.

Se até então as pessoas viam no médico uma figura sagrada e cuja opinião jamais poderia ser questionada, hoje, com a internet, cada vez mais o paciente está se informando sobre seu tratamento e quer saber para qual finalidade os médicos estão tomando determinadas atitudes. “Todos têm acesso à informação, por isso é importante tomarmos este tipo de decisão juntos. Temos que ajudar o paciente a fazer esta escolha sem jamais impor. O respeito aos desejos dele está acima de tudo”, finaliza a Dra. Theodora.

<http://www.blogdozedefatima.com.br/?p=4904>

PERTO DE MORRER, ALEXANDRE, O GRANDE, FEZ 3 PEDIDOS AOS SEUS MINISTROS:

Publicado em 19 de abril de 2015 por José de Fátima Souza

- 1) Que seu caixão fosse carregado pelos melhores médicos da época.
- 2) Que os tesouros que tinha, fossem espalhados pelo caminho até seu túmulo.
- 3) Que suas mãos ficassem fora do caixão e a vista de todos.

Os ministros surpresos perguntaram quais são os motivos?

Ele respondeu:

- 1) Eu quero que os melhores médicos carreguem meu caixão, para mostrar que eles não têm poder nenhum sobre a morte.
- 2) Quero que o chão seja coberto pelos meus tesouros, para que todos possam ver que os bens materiais aqui conquistados, aqui ficam.
- 3) Eu quero que minhas mãos fiquem para fora do caixão, de modo que as pessoas possam ver que viemos com as mãos vazias, e de mãos vazias voltamos.

“TEMPO” é o tesouro mais precioso que temos, nós podemos produzir mais dinheiro, mas não mais tempo ...!

O melhor presente que você pode dar a alguém é o seu tempo! Dedique mais do seu tempo para Deus e família.

ANEXO D

ANEXO D – Julgamento do Tribunal de Justiça do RS



IM

Nº 70054988266 (Nº CNJ: 0223453-79.2013.8.21.7000)
2013/CÍVEL

APELAÇÃO CÍVEL. ASSISTÊNCIA À SAÚDE. BIODIREITO. ORTOTANÁSIA. TESTAMENTO VITAL.

1. Se o paciente, com o pé esquerdo necrosado, se nega à amputação, preferindo, conforme laudo psicológico, morrer para “aliviar o sofrimento”; e, conforme laudo psiquiátrico, se encontra em pleno gozo das faculdades mentais, o Estado não pode invadir seu corpo e realizar a cirurgia mutilatória contra a sua vontade, mesmo que seja pelo motivo nobre de salvar sua vida.

2. O caso se insere no denominado *biodireito*, na dimensão da *ortotanásia*, que vem a ser a morte no seu devido tempo, sem prolongar a vida por meios artificiais, ou além do que seria o processo natural.

3. O direito à vida garantido no art. 5º, *caput*, deve ser combinado com o princípio da dignidade da pessoa, previsto no art. 2º, III, ambos da CF, isto é, vida com dignidade ou razoável qualidade. A Constituição institui o *direito à vida*, não o *dever à vida*, razão pela qual não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamento ou cirurgia, máxime quando mutilatória. Ademais, na esfera infraconstitucional, o fato de o art. 15 do CC proibir tratamento médico ou intervenção cirúrgica quando há risco de vida, não quer dizer que, não havendo risco, ou mesmo quando para salvar a vida, a pessoa pode ser constrangida a tal.

4. Nas circunstâncias, a fim de preservar o médico de eventual acusação de terceiros, tem-se que o paciente, pelo quanto consta nos autos, fez o denominado *testamento vital*, que figura na Resolução nº 1995/2012, do Conselho Federal de Medicina.

5. **Apelação desprovida.**

APELAÇÃO CÍVEL

PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL

Nº 70054988266 (Nº CNJ: 0223453-79.2013.8.21.7000)

COMARCA DE VIAMÃO

MINISTERIO PUBLICO

APELANTE

JOAO CARLOS FERREIRA

APELADO



IM

Nº 70054988266 (Nº CNJ: 0223453-79.2013.8.21.7000)
2013/CÍVEL

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os autos.

Acordam os Desembargadores integrantes da Primeira Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado, à unanimidade, em desprover a apelação.

Custas na forma da lei.

Participaram do julgamento, além do signatário (Presidente), os eminentes Senhores **DES. CARLOS ROBERTO LOFEGO CANÍBAL E DES. LUIZ FELIPE SILVEIRA DIFINI**.

Porto Alegre, 20 de novembro de 2013.

DES. IRINEU MARIANI,
Relator.

RELATÓRIO

DES. IRINEU MARIANI (RELATOR)

O MINISTÉRIO PÚBLICO ingressa com pedido de alvará judicial para suprimimento da vontade do idoso JOÃO CARLOS FERREIRA, “usuário-morador do Hospital Colônia Itapuã e ex-hanseniano” (fl. 2).

Sustenta que o idoso está em processo de necrose do pé esquerdo, resultante de uma lesão, desde novembro de 2011, que vem se agravando, inclusive com emagrecimento progressivo e anemia acentuada resultante do direcionamento da corrente sanguínea para a lesão tumoral, motivo pelo qual necessita amputar o membro inferior, sob pena de morte por infecção generalizada. Ressalta que o “paciente está em estado depressivo, conforme laudo da psicóloga Heláde Schroeder, que ainda atesta que o paciente está desistindo da própria vida vendo a morte como alívio do sofrimento.” (fl. 2). Ressalva que, conforme laudos médicos, o idoso não apresenta sinais de demência. Assim, pugna pelo deferimento do pedido para “suprir a vontade do idoso JOÃO CARLOS FERREIRA, RG 5007145898, expedindo-se alvará ao Hospital Colônia Itapuã autorizando ampute o pé esquerdo do paciente.” (fl. 3).

O juízo singular indefere o pedido, argumentando que “não se trata de doença recente e o paciente é pessoa capaz, tendo livre escolha para agir e,



IM

Nº 70054988266 (Nº CNJ: 0223453-79.2013.8.21.7000)
2013/CÍVEL

provavelmente, consciência das eventuais consequências, não cabendo ao Estado tal interferência, ainda que porventura possa vir a ocorrer o resultado morte.” (fl. 16).

O Ministério Público apresenta apelação (fls. 17-9), enfatizando que o idoso corre risco de morrer em virtude de infecção generalizada caso não realize a amputação. Advoga que ele não tem condições psíquicas de recusar validamente o procedimento cirúrgico, porquanto apresenta um quadro depressivo, conforme os laudos médicos juntados aos autos. Reforça a ideia de que *“deve-se reconhecer a prevalência do direito à vida, indisponível e inviolável em face da Constituição Federal, a justificar a realização do procedimento cirúrgico, mesmo que se contraponha ao desejo do paciente, uma vez que reflete o próprio direito à sua sobrevivência frente à doença grave que enfrenta, bem porque não possui ele condições psicológicas de decidir, validamente, não realizar a cirurgia, ante o quadro depressivo que o acomete.”* (fl. 18v.). Assim, pede o provimento (fls. 17-9).

O Ministério Público junta documentos a fim de suprir a carência documental suscitada pelo magistrado na sentença (fls. 21-8).

A douta Procuradoria de Justiça opina pelo desprovimento do recurso (fls. 31-4).

É o relatório.

VOTOS

DES. IRINEU MARIANI (RELATOR)

Eminentes colegas, temos um caso bastante singular. O Sr. João Carlos Ferreira, nascido em 4-5-1934, portanto, com 79 anos, usuário-morador do Hospital Colônia Itapuã e ex-hanseniano, está com um processo de necrose no pé esquerdo e, segundo o médico, a solução é amputá-lo, sob pena de o processo infeccioso avançar e provocar a morte.

Considerando que, conforme laudo psicológico, o paciente se opõe à amputação e *“está desistindo da própria vida, vendo a morte como alívio do sofrimento”*; **considerando** que, conforme laudo psiquiátrico, *“continua lúcido, sem sinais de demência”*, o médico buscou auxílio do Ministério Público, no sentido de fazer a cirurgia mutilatória mediante autorização judicial, a fim de salvar a vida do paciente; e **considerando** que o pedido do Ministério Público foi indeferido de plano, vem a apelação.

Com efeito, dentro do que se está a desingnar de **Biodireito**, temos:



IM

Nº 70054988266 (Nº CNJ: 0223453-79.2013.8.21.7000)
2013/CÍVEL

(a) a **eutanásia**, também chamada “boa morte”, “morte apropriada”, suicídio assistido, crime caritativo, morte piedosa, assim entendida aquela em que o paciente, sabendo que a doença é incurável ou ostenta situação que o levará a não ter condições mínimas de uma vida digna, solicita ao médico ou a terceiro que o mate, com o objetivo de evitar os sofrimentos e dores físicas e psicológicas que lhe trarão com o desenvolvimento da moléstia, o que, embora todas as discussões a favor e contra, a legislação brasileira não permite;

(b) a **ortotanásia**, que vem a ser a morte no seu devido tempo, sem prolongar o sofrimento, morte sem prolongar a vida por meios artificiais, ou além do que seria o processo natural, o que vem sendo entendido como possível pela legislação brasileira, quer dizer, o médico não é obrigado a submeter o paciente à **distanásia** para tentar salvar a vida;

(c) a **distanásia**, também chamada “obstinação terapêutica” (*L’archement thérapeutique*) e “futilidade médica” (*medical futility*), pela qual tudo deve ser feito, mesmo que o tratamento seja inútil e cause sofrimento atroz ao paciente terminal, quer dizer, na realidade não objetiva prolongar a vida, mas o processo de morte, e por isso também é chamada de “morte lenta”, motivo pelo qual admite-se que o médico suspenda procedimentos e tratamentos, garantindo apenas os cuidados necessários para aliviar as dores, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

Pois bem.

O caso *sub judice* se insere na dimensão da **ortotanásia**. Em suma, se o paciente se recusa ao ato cirúrgico mutilatório, o Estado não pode invadir essa esfera e procedê-lo contra a sua vontade, mesmo que o seja com o objetivo nobre de salvar sua vida.

Com efeito, o Papa João Paulo II, ao promulgar, em 1995, a Encíclica *Evangelium Vitae*, condenou apenas a eutanásia e a distanásia, silenciando quanto à ortotanásia. Isso é interpretado como implícita a sua admissão pela Igreja Católica, que é, como sabemos, bastante ortodoxa nos temas relativos à defesa da vida.

Sem adentrar na disciplina dada a esses temas pela Resolução nº 1.805/2006, do Conselho Federal de Medicina, e ficando no âmbito constitucional e infraconstitucional, pode-se dizer que existe razoável doutrina especializada no sentido da **previsão da ortotanásia**, por exemplo, o Artigo *ANÁLISE CONSTITUCIONAL DA*



IM

Nº 70054988266 (Nº CNJ: 0223453-79.2013.8.21.7000)
2013/CÍVEL

ORTOTANÁSIA: O DIREITO DE MORRER COM DIGNIDADE, de autoria do Dr. Thiago Vieira Bomtempo, disponível no seu portal jurídico na *Internet*.

Resumindo, o **direito à vida** garantido no art. 5º, *caput*, deve ser combinado com o **princípio da dignidade da pessoa**, previsto no art. 2º, III, ambos da CF, isto é, vida com dignidade ou razoável qualidade. Em relação ao seu titular, o direito à vida não é absoluto. Noutras palavras, não existe a obrigação constitucional de viver, haja vista que, por exemplo, o Código Penal não criminaliza a tentativa de suicídio. Ninguém pode ser processado criminalmente por tentar suicídio.

Nessa ordem de idéias, a Constituição institui o **direito à vida**, não o **dever à vida**, razão pela qual não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a cirurgia ou tratamento.

Conforme o Artigo acima citado, o entendimento de que “*não se admite que o paciente seja obrigado a se submeter a tratamento, embora haja o dever estatal de que os melhores tratamentos médicos estejam à sua disposição*”, é também defendido por Roxana Cardoso Brasileiro Borges. Acrescenta que o desrespeito pelo médico à liberdade do paciente, devidamente esclarecido, em relação à **recusa do tratamento**, “*pode caracterizar cárcere privado, constrangimento ilegal e até lesões corporais, conforme o caso. O paciente tem o direito de, após ter recebido a informação do médico e ter esclarecidas as perspectivas da terapia, decidir se vai se submeter ao tratamento ou, tendo esse já iniciado, se vai continuar com ele.*”

No final do Artigo, Nota nº 8, o Dr. Thiago Vieira Bomtempo, reproduz mais uma passagem do entendimento da Drª Roxana Borges, a qual reproduzo: “*O consentimento esclarecido é um direito do paciente, direito à informação, garantia constitucional, prevista no art. 5º, XIV, da Constituição, e no Cap. IV, art. 22, do Código de Ética Médica. Segundo Roxana Borges, o paciente tem o direito de, após ter recebido a informação do médico e ter esclarecidas as perspectivas da terapia, decidir se vai se submeter ao tratamento ou, já o tendo iniciado, se vai continuar com ele. Estas informações devem ser prévias, completas e em linguagem acessível, ou seja, em termos que sejam compreensíveis para o paciente, sobre o tratamento, a terapia empregada, os resultados esperados, o risco e o sofrimento a que se pode submeter o paciente. Esclarece a autora, ainda, que para a segurança do médico, o consentimento deve ser escrito.*”

Por coincidência, eminentes colegas, a *Revista SUPERINTERESSANTE*, nº 324, do corrente mês de outubro/2013, publica matéria sob o título *COMO SERÁ SEU FIM?* Nas páginas 83-4, fala justamente da ortotanásia e a possibilidade de o paciente detalhar



IM

Nº 70054988266 (Nº CNJ: 0223453-79.2013.8.21.7000)
2013/CÍVEL

quais procedimentos médicos quer usar para prolongar a vida, como diálise, respiradores artificiais, ressuscitação com desfibrilador, tubo de alimentação, mas também pode deixar claro que não quer retardar sua morte.

Tal manifestação de vontade, que vem sendo chamada de *TESTAMENTO VITAL*, figura na Resolução nº 1995/2012, do Conselho Federal de Medicina, na qual consta que “*Não se justifica prolongar um sofrimento desnecessário, em detrimento à qualidade de vida do ser humano*” e prevê, então, a possibilidade de a pessoa se manifestar a respeito, mediante três requisitos: **(1)** a decisão do paciente deve ser feita antecipadamente, isto é, antes da fase crítica; **(2)** o paciente deve estar plenamente consciente; e **(3)** deve constar que a sua manifestação de vontade deve prevalecer sobre a vontade dos parentes e dos médicos que o assistem.

Ademais, no âmbito infraconstitucional, especificamente o Código Civil, dispõe o art. 15: “*Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.*”

O fato de o dispositivo proibir quando há risco de vida, não quer dizer que, não havendo, a pessoa pode ser constrangida a tratamento ou intervenção cirúrgica, máxime quando mutilatória de seu organismo.

Por fim, se por um lado muito louvável a preocupação da ilustre Promotora de Justiça que subscreve a inicial e o recurso, bem assim do profissional da medicina que assiste o autor, por outro não se pode desconsiderar o trauma da amputação, causando-lhe sofrimento moral, de sorte que a sua opção não é desmotivada.

Apenas que, eminentes colegas, nas circunstâncias, a fim de preservar o médico de eventual acusação de terceiros, tenho que o paciente, pelo quanto consta nos autos, fez o seu testamento vital no sentido de não se submeter à amputação, com os riscos inerentes à recusa.

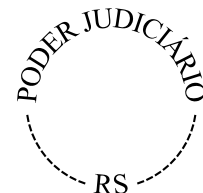
Nesses termos, e com o registro final, desprovejo a apelação.

DES. CARLOS ROBERTO LOFEGO CANÍBAL (REVISOR) - De acordo com o(a) Relator(a).

DES. LUIZ FELIPE SILVEIRA DIFINI - De acordo com o(a) Relator(a).



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA



IM

Nº 70054988266 (Nº CNJ: 0223453-79.2013.8.21.7000)
2013/CÍVEL

DES. IRINEU MARIANI - Presidente - Apelação Cível nº 70054988266, Comarca de
Viamão: "À UNANIMIDADE, DESPROVERAM."

Julgador(a) de 1º Grau: GIULIANO VIERO GIULIATO