

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SERVIÇOS DE
SAÚDE**

**ALGUMAS INDAGAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO DO TRABALHO
MÉDICO COM A MORTE NO HOSPITAL**

GLAUCIA MARIA BENICIO

*Monografia apresentada como
requisito parcial para a obtenção
do grau de Técnico em Nível Médio
em Saúde na Habilitação em
Gestão em Serviços de Saúde da
Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio –*

Orientador: Prof. José Paulo Vicente da Silva

Co – Orientadora: Adriana Holanda

Rio de Janeiro, 2006.

*“O que chamo de morte
me atrai tanto que só
posso chamar de valoroso
o modo como, por
solidariedade com os
outros, eu ainda me
agarro ao que chamo de
vida. Seria
profundamente amoral
não esperar, como os
outros esperam pela hora,
seria esperteza demais a
minha de avançar no
tempo, e imperdoável ser
mais sabida do que os
outros. Por isso, apesar
de intensa curiosidade,
espero.”*

(Clarice Lispector)

*Aos meus amados pais: Glaucia e
Uirpy(in memorian).*

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, por tudo realizado e alcançado. Ao meu orientador, José Paulo pelas palavras de incentivo e por nunca ter deixado de acreditar na minha capacidade e por sempre ter me estimulado mesmo nos momentos mais difíceis. Aos meus pais (Glaucia e Uirpy) por terem me ensinado que nenhum limite é o bastante quando se acredita em algo. Aos amigos e à minha Co – Orientadora Adriana Holanda.

Sumário

Resumo	VI
Introdução	07
1- Objetivos	09
1.1-Objetivo Geral	09
1.2- Objetivos Específicos	09
2- Metodologia	10
3- A Relação do Homem com a Morte ao longo da História	11
3.1- A Morte	11
3.2- A Morte nas Sociedades Primitivas	14
3.3- A Morte na Idade Antiga	16
3.4- A Morte na Idade Média	18
3.5- A Morte na Idade Moderna	19
4- A Morte na Sociedade Ocidental Contemporânea	22
5- A Morte no Hospital	26
6- A Relação do Trabalho Médico com a Morte	32
Considerações Finais	40
Referências Bibliográficas	42

Introdução

A morte, apesar de presente direta ou indiretamente em algum momento de nossas vidas não é uma questão fácil de ser discutida. Principalmente em nossa cultura. Na cultura ocidental, a morte é algo negado e temido, pois, pois há a crença somente em uma única existência. Dessa forma, procura-se viver em um maior espaço de tempo e da melhor forma possível.

Aqui no Ocidente a morte não é encarada de modo muito fácil. Diferentemente dos orientais que vêem a morte como sendo algo necessário à transformação e à purificação espiritual. Aqui no ocidente a morte é encarada com medo. “A morte na sociedade atual é visto como algo vergonhoso e não é mais considerada como um fenômeno natural, e sim fracasso, impotência ou imperícia, por isso deve ser ocultada”, (Áries,1993 :28)

A sociedade ocidental ciosa ante a acumulação de bens, acelerou o processo de individualização, abandonando o ser humano a seus fantasmas mortíferos. Mais do que nunca, ele se vê perante a morte do próximo e a sua próxima. Não podendo dela escapar, ele a recusa; não podendo evitá-la torna-se dela instrumento.o ser humano expulsa a morte de sua vida e a encara como um fato técnico. Nossa concepção da vida e da morte não são nada mais do que dois aspectos de um comportamento fundamental. A vida para lutar contra a morte tem a necessidade de integrá-la em seu mais íntimo. Fugir da morte é o mesmo que se recusar a crer que a trazemos em nós, como uma lei necessária da vida.

O homem de hoje, por razões históricas e culturais, encara a morte como um problema. Apesar de recentemente esse assunto alcançar uma enorme projeção, pouco se sabe sobre os sentimentos e atitudes dos médicos (e intrinsecamente os estudantes de medicina) em relação ao processo de morte e morrer. A experiência clínica expõe o profissional de saúde de tal forma que diminui a dificuldade de se tratar do assunto, embora em muitos casos, não a resolva completamente.

Na medida em que a morte é uma questão assustadora, o trabalho no hospital, onde o contato com a possibilidade ou ocorrência da morte é constante, pode provocar sentimentos muito intensos nos profissionais da saúde como medo, angústia, ansiedade, etc... A morte de um paciente causa um impacto muito grande na identidade pessoal e profissional de toda uma equipe que cuida do paciente. O modo como o profissional a compreende, assim como a forma que relaciona este conceito com sua própria existência e as suas vivências pessoais de perdas anteriores dentro e fora do âmbito profissional, são aspectos que influirão na sua atuação perante a morte. A negação da morte é um mecanismo constantemente utilizado pelos profissionais, o que acaba por impossibilitar o reconhecimento das angústias do paciente e familiares frente a morte.

Apesar de se relacionar com a morte com mais proximidade, é difícil para os médicos se familiarizarem com a mesma. Até porque a morte é muito mais que o fim de uma vida. Para o médico a morte é o começo. O começo de um misto de sentimentos. Sentimentos esses que misturam a dor e a impotência, a culpa e o fracasso e principalmente a dificuldade e o despreparo para lidar com as pessoas e os sentimentos envolvidos.

Partindo desta discussão, essa pesquisa tem como objetivo principal conhecer a relação do trabalho médico com a morte no ambiente hospitalar, tendo em vista que o homem de hoje por razões históricas e culturais encara a morte como um problema.

Para o alcance dos objetivos foi realizada uma pesquisa bibliográfica, utilizando seguintes procedimentos metodológicos: levantamento bibliográfico e documental.

1- Objetivos

1.1- Objetivo Geral

- Conhecer as relações que são estabelecidas entre o trabalho médico e a morte no ambiente hospitalar.

1.2- Objetivos Específicos

- Compreender a relação do homem com a morte ao longo da História e na sociedade contemporânea
- Compreender as relações estabelecidas entre a prática, o saber e a formação médica na forma como o médico encara a morte, levando em consideração os demais aspectos culturais e sócio-econômicos envolvidos neste processo.

2- Metodologia

Para o alcance dos objetivos faremos uma pesquisa bibliográfica, utilizando seguintes procedimentos metodológicos: a revisão bibliográfica e a análise de artigos sobre o tema. Mas sempre fazendo valer a importância da contextualização histórica do momento sobre o qual estamos tratando. Buscou – se fazer uma contextualização histórica acerca da relação que o homem veio estabelecendo com a morte ao longo de sua existência para que enfim pudéssemos chegar à relação estabelecida pelos médicos com a mesma no presente momento. Compreender a relação que o homem veio estabelecendo com a morte ao longo da história se faz necessário pois é a partir das transformações ocorridas nessas relações que podemos ver refletidos na atual relação com a morte os imperativos sócio – econômicos que passaram a marcar não só a relação com a morte, mas todas as relações da sociedade pós industrial.

Posteriormente à essa contextualização histórica, privilegiou – se a relação que o trabalho médico estabelece com a morte no interior dos hospitais, tendo em vista que o mesmo é o local da difusão das práticas e saberes médicos. E sendo o hospital, considerado por Foucault (1992) um local de repressão e silenciamento, a abordagem da morte nesse ambiente foi tida como crucial para a realização desse trabalho.

Podemos caracterizar a pesquisa que virá a ser realizada como sendo uma de caráter exploratório (Gil 1999-42). Tais pesquisas são desenvolvidas com o objetivo e proporcionar visão geral, do gênero aproximativa, acerca de determinado fato. Esse tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna –se difícil formular hipóteses precisas e operacionalizáveis sobre ele.

3- A relação do homem com a morte ao longo da história

3.1- A Morte¹

O único fenômeno que desperta no homem igual ou maior interesse que a vida humana é, possivelmente, a extinção da própria vida. Pelo que envolve de inelutável, trágico e misterioso, a morte é objeto de estudo da medicina, da psicologia, da filosofia e da antropologia.

Morte, do ponto de vista físico, é o que ocorre quando cessa a vida de um indivíduo, seja por causas naturais, como velhice ou alterações funcionais devidas ao desgaste dos tecidos e órgãos, seja por motivos acidentais e causas externas. Na morte rompe-se o equilíbrio biológico e físico indispensável à manutenção da vida.

Na natureza, vida e morte estão indissoluvelmente unidas, pois a primeira é condição para a segunda. Além disso, a vida de alguns seres depende da morte de outros, numa complexa cadeia de ações interdependentes em que alguns organismos se alimentam de outros para obter a matéria e a energia de que necessitam. Na cadeia natural da vida, a própria evolução das espécies depende da morte.

Em filosofia, a morte ou a consciência da morte é tema de reflexão sobre o homem e a existência. Do ponto de vista da antropologia social, o fenômeno inevitável da morte é estudado em suas representações nas diferentes sociedades. Por meio da comparação sistemática, verifica-se como as várias sociedades humanas classificam e absorvem o fato de que, periodicamente, alguns de seus membros desaparecem. Na morte, manifesta-se o problema do desaparecimento do corpo físico, do indivíduo e também de sua própria vida social. É preciso que se cuide não só de dar lugar a um corpo - transformado em objeto inerte - por motivos práticos, como também é necessário que se restabeleça uma continuidade na vida social momentaneamente interrompida.

¹ Enciclopédia Barsa; vol.10 pág.169.

A suspensão das funções vitais nos seres humanos se reconhece por uma série de sinais, dos quais os mais importantes são: (1) paralisação dos centros nervosos vitais, representada por perda da consciência, da mobilidade voluntária, da reação reflexa aos estímulos e do tono muscular; (2) paralisação da respiração, o que provoca imobilidade respiratória, silêncio auscultatório e quietude radioscópica costodiafragmática; (3) parada das funções circulatórias, com paralisação cardíaca e da corrente sangüínea, o que se manifesta por cessação das pulsações, expressão de morte, palidez, desingurgitação, diminuição da tensão ocular, descoloração retiniana, apagamento do brilho da córnea e deformação ovalar da pupila.

Imediatamente após a morte produz-se um estado de relaxamento e flacidez em todos os músculos do corpo. Após certo tempo, no entanto, inicia-se um lento processo de contração muscular, conhecido pelo nome de rigidez cadavérica, que afeta tanto a musculatura estriada do aparelho locomotor como o miocárdio, o diafragma e os músculos de fibra lisa. Terminados os processos abióticos, iniciam-se novas atividades bioquímicas que conduzem o cadáver à destruição ou desintegração. São os processos cadavéricos destrutivos: autólise e putrefação.

Em conseqüência do aumento dos recursos à disposição da medicina em tempos recentes, como transplantes de órgãos e aparelhos de manutenção artificial das funções vitais, cresceu também o interesse na definição de critérios para determinar a ocorrência da morte, especialmente importantes em casos de potenciais doadores de órgãos e de indivíduos cuja vida depende do funcionamento de equipamentos. Entre esses novos critérios, o mais importante é a ausência de funcionamento do tronco cerebral - área na base do cérebro que se junta ao topo da medula espinhal e controla as funções de consciência, respiração e pressão sangüínea do organismo - e a parada irreversível da respiração espontânea. Diante dessas evidências, diz-se que ocorreu morte cerebral e não há possibilidade de recuperação.

O diagnóstico de morte cerebral se faz em três etapas e visa a determinar se houve perda irreversível da função do tronco cerebral. Primeiro se apura a causa do coma e se procura estabelecer com certeza que o paciente sofreu lesão irreversível na estrutura cerebral. O conceito de irreversibilidade se baseia na ausência de melhora com a passagem do tempo e com as seguidas tentativas de reverter o quadro clínico. Depois, devem ser excluídas todas as causas possíveis de uma disfunção reversível do tronco cerebral, como hipotermia, intoxicação por drogas ou perturbação metabólica grave. Finalmente, deve-se demonstrar a ausência de todos os reflexos do tronco cerebral, além de confirmar que o paciente é incapaz de respirar, mesmo sob forte estímulo.

Um teste de função do tronco cerebral dura menos de meia hora. O médico verifica a presença das seguintes reações normais: (1) constrição das pupilas em resposta a estímulos luminosos; (2) piscar de olhos em resposta ao estímulo da córnea; (3) contrações da face como reação à pressão firme logo acima do globo ocular; (4) movimentos oculares em resposta à inserção de água gelada nos ouvidos; e (5) tosse ou engasgo após a introdução de um cateter nas vias aéreas. O teste deve ser feito em duas ocasiões diferentes.

A concepção de morte relacionada à perda da capacidade de estar consciente (embora os conteúdos da consciência não tenham sido afetados), combinada à apnéia irreversível, fornece equivalentes filosoficamente seguros, eticamente aceitáveis e clinicamente aplicáveis aos conceitos de "separação da alma com relação ao corpo" e de "perda do sopro vital", tão importantes para algumas culturas.

Porém, devemos levar em conta que mesmo com essa dicotomia, a despeito da cultura (seja ela oriental ou ocidental), a imagem da morte é algo que nos acompanha desde o nosso nascimento, “abrindo enorme vazio diante da vida, representado por um aterrorizante não – ser inominável” (Bellato, 2000). De todos os animais, nós (os seres humanos) somos os únicos que temos consciência de que um dia viremos a morrer. Porém, mesmo com tal consciência nunca devemos encarar a morte como sendo uma experiência real de um sujeito ou de um corpo, mas sim como “uma forma de relação social na qual se perde a determinação do sujeito e do valor”(Bellato ,2000).

Sendo assim, pode – se concluir que se a morte se apresenta como algo impossível de se viver, a experiência com a morte não é algo que se faz menos angustiante. Como algo que tem permanecido de forma antropológica², ao longo dos tempos o homem tem tido essa missão de negociar com a morte, visando sempre diminuir essa angústia do que possa ser o morrer.

3.2- A Morte nas Sociedades Primitivas

Desde os tempos mais remotos, o homem sempre garantiu algo que fazia valer nossa diferença em relação aos demais animais: a sepultura! “A morte sempre suscitou emoções que se socializaram em praticas fúnebres, e o não abandono dos mortos implica uma crença na sua sobrevivência, não existindo praticamente qualquer grupo, por mais primitivo que possa vir a ser, que abandone seus mortos ou que os abandone sem ritos.”(Bellato, 2000). Tais ritos nos trazem a imagem de “passagem” para um outro estágio. Estágio esse que pode vir a ser um prolongamento da vida, um renascimento ou uma entrada para a morada dos antepassados. “Protegia – se dessa forma a vida para um tempo indefinido, mas no necessariamente eterno”(Áries,1977:25). Os rituais fúnebres também tinham a função de fazer com que o morto completasse sua “viagem” para seu “destino”, e também para garantir a comunidade restante caso ele retornasse. Pode – se perceber aqui que a morte não era tida como algo definitivo.

Contudo, não podemos considerar que a morte nas sociedades primitivas era algo pessoal. O fenômeno do morrer era sempre atribuído a um feitiço de um ancestral, a uma intervenção maléfica ou a qualquer coisa do gênero. Tendo isso em vista é pertinente citar aqui as práticas funerárias e pós – funerárias. Muitas delas criadas visando proteger os que continuam vivos da putrefação do cadáver (fenômeno associado a uma intervenção maléfica). A presença do cadáver apodrecido era tida como algo contagioso (como até hoje é!), buscava – se sempre afastar o corpo do convívio dos vivos ou até mesmo apelava –se

² Estudo ou reflexão acerca dos ser humano e do que lhe é característico.

para o canibalismo, no intuito de apressar a decomposição do corpo. Muitas vezes também recorria – se à cremação.

Constata – se aqui que a morte nas sociedades primitivas era tida como sendo contagiosa, tal fato obrigava os parentes do morto a se cobrirem com algum sinal que os distinguisse dos demais ou até mesmo os obrigava a se esconderem no período intitulado de “contágio da morte” (Áries, 1977:32). Também surgem nesse período os rituais de luto. O luto era correspondente ao período que o cadáver demorava para se decompor. O luto foi o que passou a expressar socialmente a inadaptação individual a morte, porém ao passo em que é a falta de adaptação, é também o processo de adaptação que fará com que dor daqueles que ficaram (vivos) se atenuem. É a revelação da morte do outro, causada pela presença dos “restos mortais” da pessoa que morreu que faz com que o ser humano possa ganhar a noção da finitude, “a morte ganha corpo e rosto e se encarna na carne do cadáver”(Bellato, 2000).

Cabe aqui ressaltar, que desde as sociedades mais primitivas, o ser humano sempre possuiu dois tipos de morte: a biológica e a social. A biológica nós já conhecemos, é aquela que é representada pelo fim do organismo humano. Já a morte social é representada pelo término da identidade social do indivíduo. O processo da morte social é o que compreende uma série de cerimônias, tais como o funeral que torna oficial e ao mesmo tempo ritualiza a despedida do indivíduo.

Contudo, ocorria algo muito curioso nessas sociedades primitivas. Ao passo em que procurava – se afastar os mortos, sepultando – os ou colocando – os em um local distante e isolado, também procurava – se manter os mortos por perto. Havia uma crença na qual acreditava –se que os mortos habitavam o espaço próximo ao que pertenceram, desta forma, buscava – se conservar o corpo dos mortos em uma tentativa de agradá – los, para que os mesmos não ficassem irritados e deixassem de proteger os que continuaram vivos, como também com a finalidade citada anteriormente, para que a presença pútrida do cadáver não assombrasse os que ainda vivem.

O ser humano primitivo temia a morte e se sentia angustiado perante ela. Apesar de sempre se morrer em público, as sociedades primitivas construía mecanismos de defesa contra essa angústia que era a morte. Tais mecanismos faziam com que o homem tivesse a ilusão da eternidade e que não concebessem a morte como separação ou ausência que não pudessem ser reparadas.

3.3 – A Morte na Idade Antiga

Sendo a Idade Antiga um objeto não muito fácil de ser estudado, sobressai nesse período registros a respeito dos processos de mumificação das sociedades egípcias. E é a respeito dessa civilização que partiremos para melhor compreendermos como se dava a relação com a morte nesse período.

A crença na imortalidade e na ressurreição do corpo, um dos pontos centrais da religião dos antigos egípcios, foi determinante para que se disseminasse entre eles o costume de preservar, com técnicas de mumificação, os corpos dos mortos.

A arte de mumificação era profundamente ligada ao ritual religioso entre os egípcios. Acreditava-se que, após a morte, a alma, antes de atingir a redenção eterna, peregrinaria por longo tempo e tomaria a visitar o corpo, que, por essa razão, deveria ser conservado. Com esse fim, os egípcios aperfeiçoaram a técnica do embalsamamento, o que foi facilitado em parte pelas condições ambientais. O clima do Saara favorecia a desidratação: na região do Nilo e dos desertos africanos, observava-se até mesmo a mumificação espontânea de animais mortos.

O embalsamamento obedecia a várias etapas: extraíam-se as vísceras do cadáver, tarefa que permitiu aos egípcios devassarem a anatomia humana; em seguida, dava-se nele um banho de matéria preservadora e balsâmica, operação que durava de um a quatro meses; enchiam-se com ervas secas as cavidades, devidamente tratadas com resinas; tampavam-se com cera as orelhas e as narinas e, algumas vezes, colocava-se na cavidade dos olhos um esmalte; envolvia-se numa tela o cadáver, que era coberto depois com um ou dois lençóis e

postos no sarcófago de pedra ou de madeira. Na fase final, o sarcófago era depositado na pirâmide, na mastaba ou ainda no hipogeu, as várias formas do túmulo egípcio. Isso se dava pelo fato da religião egípcia possuir um caráter marcadamente ritual, o que assegurava para seus praticantes o favor divino e a sobrevivência depois da morte.

As pirâmides, os hieróglifos com fórmulas mágicas, os corpos mumificados e, sobretudo, o Livro dos mortos -- que ensinava como enfrentar o julgamento de Osíris (Deus dos mortos) e, desde a XVIII dinastia, era enterrado com aqueles que podiam adquiri-lo -- dão testemunho da preocupação central da religião egípcia. Nas instruções formuladas pelo rei Merikara lê-se: "O importante é que o homem sobrevive depois da morte e seus feitos o acompanham até o final. A existência ali embaixo é para toda a eternidade."

A vida depois da morte era considerada semelhante à terrena; por esse motivo, enterravam-se com o defunto elementos de uso cotidiano, inclusive alimentos, e nas tumbas eram feitas pinturas que documentavam seus costumes. Diante da possibilidade de que sobreviessem os mesmos perigos que espreitavam a existência presente, provia-se o falecido dos amuletos e conjuros que o haviam protegido em vida.

Por falta de uma doutrina teológica elaborada e acessível, a religiosidade popular se caracterizava pela preocupação com o além, por temores e superstições sobre a vida presente e a futura e por uma moral orientada para enfrentar o julgamento que sobreviria à morte.

O povo não entrava nos templos, reservados aos sacerdotes previamente purificados; não obstante, abriam-se cavidades em suas paredes para que os súditos acorressem a apresentar suas oferendas e súplicas. Nas solenidades, as estátuas dos deuses saíam em procissão e podiam ser vistas por todos.

Num lugar de destaque nas casas, eram veneradas pequenas estátuas dos antepassados ou de alguma divindade menor. A elas eram acrescentados amuletos e

conjuros contra toda sorte de perigos, dos quais permaneceram abundantes restos arqueológicos

3.4- A morte na Idade Média

Na Idade Média, a morte era tida como um importante momento de transição. Uma transição do que era passageiro para o eterno. Ela era aguardada no leito de casa. “O moribundo deveria ficar deitado de costas porque assim seu rosto estaria voltado para o céu” (ARIÈS, 1977: 22). A morte também era tida como um momento máximo do convívio social. Todos deveriam presenciar a passagem do moribundo para o outro mundo (inclusive as crianças e as mulheres). Na Idade Média, nunca se morria só.

Os medievais sabiam o momento exato em que iam morrer, conseguiam prever sua própria morte (através de sonhos, premonições, etc...), dessa forma, possuíam um tempo hábil para preparar seu ritual fúnebre coletivo.

Tudo indica que o sentimento mais comum em relação à essa cerimônia é a palavra tranquilidade. Como o mundo dos vivos estava ligado ao dos mortos - e o papel dos mosteiros era exatamente o de interceder junto ao além pela sociedade terrestre - a morte era encarada com tranquilidade e resignação. Paz.

A morte então foi domesticada nas consciências (ARIÈS, 1977: 19-20). Pelo menos na de cavaleiros e clérigos. A morte foi esperada e reconhecida ,até mesmo desejada. Foi preciso a Idade Média chegar a seu fim para que novas formas (negativas) de compreensão da morte tomassem conta dos espíritos, como, por exemplo, o conceito de macabro, a Dança da Morte Macabra, que tomou conta dos afrescos e das gravuras em madeira, e exprimia a profunda angústia dos tempos da Peste Negra e da Guerra dos Cem Anos.

Ainda no período medieval, a morte era algo desejado pelos guerreiros e aguardado pelos religiosos. Houve sempre uma preocupação com o pós – morte, tal fato fez com que o homem começasse a procurar mecanismos para absorção de seus pecados, orações aos

mortos rezava – se uma missa após o falecimento e o homem procurava, por meio de testamentos, deixar seus bens aos pobres e à Igreja. Ao passo que desejava – se a morte, o homem possuía um certo receio sobre o que viria depois dela, por isso essa “necessidade” de ter uma “garantia” em seu pós – morte.

3.5- A Morte na Idade Moderna

Pode mos entender a Idade Moderna como sendo um determinante crucial na percepção que o homem vem adquirindo da morte ao longo da História. Afinal, na Idade moderna estão presentes vários acontecimentos importantes que melhor ajudam a entender não só a morte como também o mundo.

Nos séculos XV e XVI, surgiram idéias que constavam a visão de mundo medieval. Passou – se a valorizar a experiência e a observação, o estudo da natureza e da vida humana na Terra.

A vida cultural não era mais controlada pela Igreja Católica e foi influenciada por estudiosos da Antigüidade greco – romana denominados humanistas. Eis o Renascimento! Porem o Renascimento não deve ser pensado apenas como sendo uma explosão de obras artísticas e literárias. O Renascimento foi o aparecimento de novas maneiras de ver a ciência, a política e a religião.

Nesse período o gosto pelo corpo e pela natureza renasceu! Pinturas e esculturas com homens e mulheres nus, médicos dissecando cadáveres,etc..A carne, os prazeres terrenos passaram a ser mais importantes do que a autoridade eclesiástica e os ideais medievais. Ao invés da tradição e da autoridade dos antigos, o homem de mentalidade renascentista acreditava que a verdade só poderia ser encontrada por intermédio da experiência e da observação.

Um exemplo disso são as aulas de anatomia. Os médicos medievais estudavam o corpo humano através de livros antigos, uma vez que a dissecação de cadáveres era considerada um sacrilégio pela Igreja Católica. A audácia e curiosidade levaram os médicos renascentistas a investigar os cadáveres.

Outro movimento bastante significativo foi o Iluminismo. Tal movimento se caracterizava pelo uso exaltação da razão. Considerava o conhecimento, a liberdade e a felicidade os objetivos do homem. O Iluminismo avaliou com otimismo o poder e as realizações da razão humana, e a crença na possibilidade de reorganizar a sociedade segundo princípios racionais. Não ignorou a história, mas a encarou de modo crítico, sem aceitar a idéia de que a evolução da humanidade fosse inexoravelmente determinada pelo passado. Esse enfoque retirou do otimismo dos pensadores iluministas qualquer caráter metafísico. Ao contrário, a visão iluminista tinha por base a possibilidade, aberta a cada ser humano, de ter consciência de si mesmo e de seus erros e acertos, e de ser dono de seu destino: o indivíduo deveria pensar e julgar as situações por si própria.

Porém, apesar de apresentar um caráter inovador, foi na Idade moderna que se iniciou o processo de clandestinização da morte. Podemos caracterizar esse processo com tal, pois uma vez que na Idade Média a morte era algo que se esperava, era tida como algo sereno, na idade Moderna começou a haver uma repulsa pela figura da morte.

A morte outrora tida como o momento máximo do convívio social agora é negada, já que gora é morte é algo constrangedor. Algo que constrange tanto o moribundo, quanto sua família. Agora os familiares querem proteger o moribundo da morte, ocultando - lhe a verdade de seu fim próximo.

Foi se desenvolvendo pouco a pouco a idéia de que a morte possuía um caráter pernicioso, sendo os templos religiosos onde se realizavam enterros objeto de uma grande discussão. Como sendo um lugar muito freqüentado, os templos religiosos agora não podiam mais acomodar esses enterros, já que as pessoas que lá freqüentavam teriam uma convivência muito direta com esse fenômeno nocivo que seria a morte. Houve a

necessidade de levar os enterros para fora das igrejas, para que assim as pessoas não mais se relacionassem mais de forma tão direta com a morte, já que agora consideravam a morte também como um agente causador de doenças, devido aos odores³ exalados pelos cadáveres. Odores esses que precisavam ser combatidos, pois eram considerados nocivos à saúde dos vivos.

“Mas se desde a Alta Idade Média até a metade do século XIX, a atitude frente a morte mudou, essa mudança deu – se , no entanto, de forma bastante lenta, se comparada com a revolução brutal das idéias e sentimentos observados a partir de então”(ÁRIES, 1977:54)

Aos poucos a morte vai se apagando e sumindo em nosso cotidiano. “Uma nova imagem da morte vai se formando: a morte feia e escondida, e escondida porque é feia e suja”(ÁRIES, 1977:37)

³ Essa era a teoria dos miasmas, aceita por grande parte dos médicos higienistas, determinava que a inalação e o contato com o ar proveniente da putrefação de cadáveres e da matéria pútrida dos lixos, pântanos, mangues, matadouros, chiqueiros, curtumes, esgotos, etc. eram os grandes responsáveis pelas doenças nas cidades.

4- A Morte na Sociedade Ocidental Contemporânea

Para melhor compreendermos a visão do Homem sobre a morte na Idade Contemporânea precisamos voltar ao século XVIII, período no qual se iniciou o desenvolvimento industrial e a evolução capitalista. Estreitamente relacionada ao desenvolvimento do sistema capitalista, a industrialização se estendeu por todo o mundo e determinou o surgimento de novas formas de sociedade, de estado e de pensamento. Segundo Áries, com o fortalecimento da doutrina capitalista há uma nova atitude frente à morte e até mesmo aos próprios mortos.

Em sentido restrito, a expressão "revolução industrial" aplica-se às transformações econômicas e técnicas ocorridas na Grã-Bretanha, entre o século XVIII e o XIX, com o surgimento da grande indústria moderna. Em sentido amplo, refere-se à fase do desenvolvimento industrial que corresponde à passagem da oficina artesanal ou da manufatura para a fábrica. No plano econômico geral, esse processo se fez acompanhar da transformação do capitalismo comercial, que se iniciara no Renascimento, no capitalismo industrial.

Foi uma época de profundas transformações, já que agora passamos a ter um mundo não mais regido pela Igreja, mas sim regido pelo trabalho e pelo capital. “O capitalismo, desenvolvendo – se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera somente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo investiu a sociedade capitalista”.

Agora tudo passa a ter preço de mercadoria, inclusive a própria vida. No mecanismo capitalista de exploração, vende – se a força de trabalho a quem possui os meios de produção. Logo, nos como indivíduos somos seres produtivos, pois estamos mantendo esse sistema econômico. Porém, somos produtivos enquanto vivos, se morremos não somos

capazes de produzir (nem consumir), portanto não mais “interessantes” a essa sociedade. A morte é tida como um fracasso e uma frustração para essa sociedade.

A partir criam-se mecanismos para retardar a morte. O avanço da medicina já permite que se criem técnicas capazes para adiar nossa morte, ou pelo menos ludibriá-la. O natural agora é morrer de velhice, qualquer outra forma de morrer é tida como sendo algo que vai contra, que agride a natureza. Com os aparatos tecnológicos se é capaz de abreviar a morte e prolongar a vida. É o conhecimento médico negando a morte! A partir do momento no qual o conhecimento médico passa a negar a morte, se desvencilhando do “obscurantismo” que nos traz a idéia de que a morte é algo sobrenatural, é criado um halo ao redor desse conhecimento e o mesmo passa a tomar o lugar da morte.

A morte, tão presente no passado, de tão familiar, se apagará e desaparecerá, tornando-se vergonhosa e dessa forma, objeto de interdição. Espetáculo de odores e imagens não permitidas, que se torna inconveniente e, portanto não permitido a sua demonstração pública.

A medicina desnuda a morte procurando munir-se, através dela de conhecimentos e técnicas para ludibriar, ou pelo menos adiar essa finitude. O conhecimento médico nega e se desvencilha desse “obscurantismo” trazido pela morte, criando um invólucro de poder em torno de si. A repulsa pela morte e os conhecimentos adquiridos para o seu adiamento indefinido por parte da medicina, legitimaram a passagem do quarto do doente da sua casa para o hospital. O velório, feito em um local próprio e não mais em casa, se apresenta como um momento pouco compartilhado socialmente, no qual as manifestações de tristeza e choro são contidas para não constranger os presentes, os cemitérios que mais parecem jardins, o período de luto se resume a poucos dias.

A equipe de saúde procura dissimular a presença da morte, impedindo que as pessoas tenham acesso ao quarto daqueles que morrem. Ainda que sejam parentes próximos, procurando fazer rapidamente o preparo do corpo e legalizando o novo status social do morto através da emissão do atestado de óbito. Até mesmo as palavras denunciam

tal ocultação. Usa-se o termo “foi a óbito” ao invés de dizer que alguém morreu. A obstinação terapêutica leva até as últimas conseqüências a tentativa de afastar a morte e, nessa tentativa de afastamento indefinido, o doente não morre mais na sua hora, mas na hora da equipe médica. Como conseqüência última desse processo temos a desumanização no atendimento àquele que morre, pois a técnica matou a morte natural e o morrer dissolveu-se em um contexto sócio – organizacional no qual o que é funcional passa a substituir o que é humano.

Mas, para melhor compreendermos a relação que os ocidentais estabelecem com a morte vamos recorrer ao mito (cristão) da criação. No início, como nos diz a Bíblia (1993), a terra era disforme e vazia e o espírito de Deus se movia sobre a água. Predominava o vazio. Após criar todas as coisas (animais, luz, trevas, etc..), Deus criou o homem (no sentido mais literal, pois o primeiro a ser criado foi Adão). Adão tinha como incumbência cuidar de um jardim (o Jardim do Èden), esse jardim possuía toda a sorte de árvores agradáveis à vista e boas para a alimentação. Porém, no meio do jardim havia a árvore do bem e o mal.

Posteriormente, Deus criou Eva (a mulher) para que a mesma pudesse fazer companhia a Adão. Os dois ficariam no jardim e poderiam desfrutar de tudo lá existente, exceto da árvore situada no meio do jardim (do bem e do mal), a qual nem ao menos podiam tocá – la. Por sua vez, a serpente (própria personificação do mal) tentou a mulher, fazendo – a comer o fruto proibido e esta por sua vez o ofereceu a Adão, que o aceitou.

Sendo essa história muito difundida em nossa cultura ocidental cristã, já conhecemos seu final. Deus soube da desobediência e castigou Adão e Eva, além de baní – los do jardim, Deus os tirou o privilégio da imortalidade⁴. Ou seja, a retirada desse privilégio foi um **castigo**.

Talvez a partir daí possamos começar a entender melhor a representação que a morte assume em nossa cultura. A morte hoje em dia é tida como um

⁴ Adão e Eva foram criados à imagem e semelhança de Deus, sendo assim eles também eram imortais.

castigo!Primeiramente, porque conforme dito anteriormente, na morte cessam – se todas as nossas funções, dessa forma estamos privados da “continuidade”, seja a continuidade por meio da reprodução ou da produção.

Nossa cultura fundamentada no capitalismo preconiza o individualismo a todo o custo. Dessa forma, o individualismo também está presente no que diz respeito à morte. Agora, se morre sozinho, não mais com seus amigos e entes queridos. Assim como também na cultura ocidental o que predomina é a crença em uma única vida. Tendo isso em vista, tenta – se viver essa vida da melhor forma possível e no maior espaço de tempo possível.

Diferentemente dos Orientais, os mesmos vêem a morte como sendo um processo natural necessário à transformação. Um exemplo disso é que em religiões como o Hinduísmo e o Budismo, são dadas orientações para o momento em que se morre e o pós - morte⁵. Tais condutas fazem com que a morte seja algo necessário e esperado.

A relação estabelecida pelos ocidentais com a morte reflete muito bem o imperativo capitalista da sociedade atual. A morte não é simplesmente o fim da vida e a parada das funções biológicas. A morte é a interrupção da continuidade na nossa sociedade!Como já foi dito anteriormente, o importante nessa sociedade é produção e o consumo. Não produzir e não consumir nessa sociedade é uma vergonha, dessa forma é necessário que se esconda essa incapacidade de produtividade.E o lugar escolhido para se confinar os ditos improdutivos da nossa sociedade foi o hospital!Lugar onde se morre em silêncio e escondido, onde ninguém poderá ver o “improdutivo” (somente a equipe médica e os entes queridos).

⁵ Ensinaamentos esses contidos em livros tais como o *Livro dos Mortos Tibetanos*

5- A morte no Hospital

No começo da Idade Média, muitas ordens religiosas criaram os “hospitia”, que ofereciam abrigo a viajantes e peregrinos e cuidavam deles quando doentes. Essas casas, derivadas dos centros de assistência surgidos junto a comunidades religiosas nos primeiros séculos do cristianismo, deram origem ao nome hospital.

Hospital é o estabelecimento onde se acolhem doentes para proporcionar-lhes assistência médica, e ao mesmo tempo, dispõe das instalações e da infra-estrutura necessárias ao desempenho de funções paralelas como o ensino prático da medicina e a pesquisa.

Já no século VI a.C., segundo a literatura indiana, Buda nomeara um médico para cada dez vilas e fizera construir hospitais para os pobres e aleijados, exemplo prontamente seguido por seus devotos. No Sri Lanka (antigo Ceilão) existiram hospitais desde 437 a.C., mas um dos primeiros de que se tem notícia mais pormenorizada foi o construído entre 273 e 232 a.C. pelo imperador Açoka, na Índia, que se converteu ao budismo e sensibilizou-se com os sofrimentos do povo. Nessa instituição, os atendentes eram instruídos a tratar os pacientes com carinho, servir-lhes frutas e vegetais frescos, massageá-los, mantê-los limpos e preparar medicamentos.

Na ilha grega de Cós foi fundado o templo de Asclépio ou Esculápio, à sombra do qual se formou e pontificou Hipócrates, cujos ensinamentos se baseavam mais nos fatos do que na fé. Do templo central, em Epidauro, saíram as imagens de serpentes entrelaçadas (cujas línguas eram usadas na assepsia de úlceras) que se tornaram emblema da medicina e se difundiram nos novos templos-hospitais construídos em toda a Grécia. Eram edificadas em colinas ou no sopé de montanhas, junto a praias ou florestas, de preferência perto de fontes onde os doentes se purificavam com banhos, massagens e unções antes de serem admitidos ao templo. Recomendava-se a abstinência de vinho e de certas iguarias, e era usual a prática dos ex-votos, confecção de modelos da parte do corpo a ser curada.

Com o advento e difusão do cristianismo por volta do século IV, registrou-se um aglutinamento dos centros de assistência aos doentes em torno das comunidades religiosas, com destaque para os beneditinos de monte Cassino. A partir de um decreto de Constantino em 335, aboliu-se o culto à serpente, e embora a enfermagem, inspirada pela religião cristã, fosse dedicada e carinhosa, os preceitos médicos de Hipócrates e outros passaram a ser rejeitados para dar lugar ao misticismo.

Durante a Idade Média, o cristianismo continuou a ser o mais importante fator na fundação e manutenção de hospitais na Europa. Com as cruzadas, a construção de hospitais ganhou novo impulso em função das doenças e das pestes, mais dizimadoras do que as espadas pagãs. Em 1099 um grupo de cruzados erigiu na Terra Santa um hospital militar com capacidade para abrigar dois mil pacientes. O hospital medieval, como o próprio nome já dizia era uma “santa casa de misericórdia”. Nessa época, a função do hospital não era a de primordialmente curar o paciente, mas sim de conferir assistência aos pobres doentes. Era um lugar para se morrer e não para ser curado. Tinha a função de salvação espiritual e de separação dos indivíduos “perigosos” da sociedade.

As Santas Casas de Misericórdia foram os primeiros hospitais brasileiros e herdaram sua organização das instituições portuguesas de mesmo nome. Segundo alguns, a primeira a ser fundada no Brasil foi a Santa Casa de Misericórdia de Olinda PE, em 1540, seguida da Santa Casa de Santos SP, em 1543 ou 1551. Outros autores atribuem a precedência à Santa Casa de Santos, que teria sido inaugurada por Brás Cubas.

O *hôtel-dieu* de Paris, criado no ano 656 pelo bispo Landri, no século XIII já contava com água corrente, lavanderia e calefação. Mas era um caso excepcional, já que, em regra, os doentes eram abrigados em hospitais, lazaretos (para leprosos) ou casas de quarentena de precárias condições higiênicas. A situação piorou com a promulgação, em 1163, de um edito da igreja, que proibia aos clérigos fazer operações que envolvessem perda de sangue. A atividade médica dos padres ficou cada vez mais restrita e coube aos barbeiros a responsabilidade pelas cirurgias. Os conhecimentos de Hipócrates e outros

grandes médicos gregos só foram conservados graças aos monges copistas que pacientemente transcreveram seus escritos. No século XIV o Concílio de Vienne dividiu as atribuições: a cura do corpo caberia aos leigos, e a da alma aos religiosos.

No mundo islâmico, adquiriu importância pioneira o hospital al-Mansur, no Cairo, que por volta de 1300 tinha enfermarias isoladas para os pacientes mais graves, ambulatório, cozinha dietética, biblioteca e até um incipiente serviço social, que concedia aos pobres uma dotação temporária depois da alta.

No Renascimento, os hospitais perderam de vez o caráter monástico e passaram para o controle do estado. Nos séculos XVIII e XIX começaram a surgir os grandes hospitais. Foi a partir de 1847, no entanto, que ocorreu um verdadeiro salto qualitativo, com a adoção de medidas de limpeza das salas de operação e dependências hospitalares, com o fim de prevenir infecções, o que se verificou graças ao trabalho do médico húngaro Ignaz Philipp Semmelweis em prol da assepsia e, depois, de Louis Pasteur e Joseph Lister. O índice de mortalidade pós-operatória só foi reduzido depois que Pasteur demonstrou que as bactérias surgem não por geração espontânea, mas por reprodução. Passou-se então a fazer rigorosa assepsia nos hospitais, com o emprego de sabão, água, escovas e anti-sépticos.

Esse hospital aparecia como uma estrutura ultrapassada. Um lugar que era um foco de morte para a cidade não um agente terapêutico. Daí a necessidade do esquadramento do espaço hospitalar, pois além de ser um foco de doenças, o mesmo também era um local de tráfico de mercadorias e objetos preciosos.

A partir desse momento, dois fatores contribuíram para a conjunção da medicina com o hospital. Esses fatores foram: a transformação do saber em prática médica e a disciplinarização do espaço hospitalar. Dessa conjunção nasce o hospital com funções terapêuticas. O hospital agora passa a ocupar um local de aprendizagem médica. Um lugar onde um saber tido como medicalizador é circulado e acumulado. Um lugar onde a dor seria calada e ocuparia a função de medicar a si própria, como forma de tornar a dor uma forma de aprendizagem. “O hospital demorou muito para assumir esse formato que hoje

conhecemos. O hospital só foi definido como instrumento terapêutico no século XVIII” (Foucault 1992:17 – 18). Dessa forma pode –se dizer que : “nasce a ‘saúde pública’, com a dupla missão de combater e prevenir doenças coletivas, ou mesmo individuais, que, por contágio ou transmissão, ameacem a organização social e a ordem pública”(Luz 2004:232).

Juntamente com a abolição dessa velha estrutura hospitalar, ocorreu também a abolição das velhas estruturas das universidades (que anteriormente congregavam somente os interesses dos nobres feudais). Com isso foi permitido uma “comunicação imediata do ensino com o campo concreto da experiência”. (FOUCAULT 1992:78 – 79).

“Com a reforma ocorrida nas universidades, desejava-se que a prática médica se investisse de uma arte de curar, a observação ao leito dos doentes, deveria se tornar parte essencial a nova medicina. A partir do momento que se definiu uma experiência prática a partir do próprio doente, se insiste na necessidade de ligar o saber particular a um sistema geral de conhecimentos. Essa ampliação colocará a medicina em contato com uma série de problemas práticos.”(Holanda 2001: 48)

Foi necessária toda uma reorganização hospitalar e a instauração de uma determinada relação entre experiência e assistência; socorros e saber, para que dessa forma o espaço se articulasse e a morte fosse assim integrada a experiência médica. “Foi o saber médico que passou a nomear a experiência da morte!” (Holanda 2001 ; 50)

A partir daí concluímos que: “Essa temática do morrer, enquanto processo coletivo, marca o surgimento de percepções e valores na concepção da vida, germinada de acordo com os imperativos da lógica econômica e política do capitalismo. Política na qual a vida humana passa a ter valor de mercadoria; dessa forma a saúde passa a ter um preço e a morte passa a fenômeno que deve ser excluído do cotidiano social. Fez-se necessário tornar invisível a experiência da morte para que de tal forma a mesma encontrasse um lugar de confinamento: os hospitais!”(Holanda 2001 : 55)

Mas por que o hospital? Porque abordá – lo ao falar sobre a morte? Conforme dito anteriormente, por que foi lá no hospital que se encontrou um modo de confinar a morte. O hospital é um local onde se deve ficar em silêncio: “A forma que se deve estar no hospital é traduzida pelo imperativo do silêncio para garantir a manutenção da ordem de um funcionamento médico.” (Holanda 2001 – 49) O esquadramento do espaço hospitalar disciplinarizou a prática médica. Agora os hospitais são dispositivos utilizados para difundir a prática médica, assim como também são dispositivos disseminadores do que Foucault chama de *biopolítica*. Fenômeno esse cujo exercício do poder não se afirma mais como sendo um “deixar viver” e “fazer morrer” mas sim como um “fazer viver” e “deixar morrer” (Ferreira 2002)

O hospital apesar de ter adquirido diferentes funções desde de sua criação, passando de instituição de caridade a local de contrabando, na modernidade passa a ser tido com o exato local para se domesticar a morte. A morte outrora aceitável na sociedade medieval, agora, “presente nas salas de visitas”, agora é encarcerada e escondida nos hospitais. Local designado para que se possa cuidar dos vivos e dos mortos de forma silenciosa.

A morte foi de certa forma banida do convívio social e trancafiada nos hospitais. Junto com a morte também foram banidos os ritos pós – morte, ritos esses que permitiam ainda um certo “contato” com a pessoa falecida mesmo após a sua morte. Agora esses ritos são evitados e se manifestam como sendo algo incomodo que deve ser evitado. Os hospitais na modernidade vieram “a constituir o símbolo moderno da morte isolada e solitária” (Perazzo,1985:96).

Mas quem cuida de forma silenciosa? Os médicos! Devido à escassez de recursos (sejam eles científicos ou tecnológicos!), o médico medieval tinha como função prevenir a morte. Porém, após o século XIX o médico passa a se recusar de falar a respeito da morte com seus pacientes, passando esse agora a negar a mesma . tal fato se prolonga ate os dias atuais, nos quais além de se negar a morte, tenta – se adia – la e evita – se falar com o doente ou com os familiares a respeito do fim próximo da pessoa. “Diferente de outrora,

falar da morte constitui em ousadia não admitida nas relações sociais habituais.” (Pitta 1991:31)

Retomando já o que foi dito anteriormente, nessa nossa sociedade capitalista o padecimento do corpo é tido como um impedimento, uma vergonha. Lembrando que a essência do capitalismo é a continuação da produção, a partir do momento em que você adocece você é incapaz de produzir. Não sendo mais capaz de produzir automaticamente se deixa de ser. Não sendo, deve ser excluído e escamoteado, pois a partir do momento que você adocece e não produz você também está impedindo parentes amigos e familiares de produzir. O hospital entra em cena para desfazer tal idéia, pois a partir do momento no qual se entra nele (finalidade de cura), o hospital te recupera e te “manda de volta”, lhe dando a chance de se reincorporar na sociedade. Ao passo em que a morte é uma questão assustadora e incômoda, o trabalho no hospital pode provocar sentimentos muito intensos nos profissionais de saúde, tais como: medo, ansiedade, angústia, etc..., afinal, no hospital o contato com a ocorrência da morte é muito mais intenso.

6- A Relação do Trabalho Médico com a Morte

Costumamos ver o médico como alguém não muito distante do modelo que nos é socialmente imposto. Vemos esse profissional sempre como sendo um depósito de nossas esperanças de cura e salvação, devido à eficiência que lhe é exigida por desempenhar a tarefa de salvar vidas. Porém, ao passo que lhe conferimos tal onipotência, também o tratamos como sendo uma “caricatura fria e distante desenhada por esta mesma sociedade exigente, o que acaba por roubar – lhe a melhor parte – a da sua participação nas emoções e nos sentimentos” (Perazzo, 1985:96)

E o mesmo age como tal, como sendo uma pessoa fria, sem sentimentos e que não se envolve com os pacientes. “a questão que se coloca, portanto, quanto à relação médico – paciente, não é a de se envolver ou não, mas sim a de como se envolver mantendo o papel profissional sem deixar de ser pessoa” (Perazzo, 1985:96)

Tal “atuação” que foge a normalidade da natureza médica. A partir do momento que passam a agir como tais, os médicos se apartam da própria condição humana. E os mesmos acabam por assumir o rótulo de semideuses e usam de tal rótulo para se encobrir perante sua própria fragilidade ao lidar com a situação de morte.

A morte de um paciente provoca um grande impacto na identidade pessoal e profissional do médico, assim como em toda a equipe de saúde que prestava cuidados ao paciente. A percepção do profissional acerca da morte, assim como o jeito com que o mesmo relaciona esta percepção com sua própria existência e as suas vivências pessoais de perdas anteriores dentro e fora do âmbito profissional, são conceitos que influenciam de forma bastante direta a atitude do médico perante a morte.

Pacientes e familiares enxergam no profissional de saúde aspectos emocionais resultantes da situação de hospitalização ou/e da gravidade da doença que veio a acometer. Tal fato leva o profissional a fazer uso de mecanismos de defesa para não só fugir de sua

cobrança pessoal, mas também para se proteger da ansiedade gerada pela pressão dos pacientes.

De acordo com Pitta pode-se dividir o trabalho em saúde em duas vertentes: prazer e angústia. Prazer no que diz respeito ao prestígio que esse trabalho possui perante a nossa sociedade, conseqüentemente, os médicos são igualmente valorizados. Angústia pelo fato de remeter o profissional com o inevitável contato frente à morte. Tal contato o remete a sua impotência perante a mesma.

A cultura ocidental vê a morte com extrema angústia, já que situações de morte e morrer de outros nos remetem ao imaginário da nossa própria morte. “a percepção de que também somos seres para a morte e que, em algum momento de nossa existência, passaremos pelo processo do morrer” (Schramm 2005:52).

Porém, não é menos relevante a significância da relação dos estudantes de medicina com a morte. Não podemos deixar de abordá-la aqui, nesse trabalho. Afinal, é na faculdade de medicina que começa a formação de nossos médicos. Mas, não podemos separar a faculdade de medicina como sendo um “dispositivo” à parte, tendo sempre em vista que a mesma tende a refletir a visão ocidental da morte (Hoffmann 1993) Tal instituição nega a morte, escamoteia-a. Um exemplo disso, é que o curso de medicina tem início na sala de anatomia!

Na sala de anatomia o estudante se depara com corpos esquartejados, nos quais se fazem necessárias práticas de análise e dissecação. O estudante tende a ver aquela peça como sendo apenas uma peça de corpo, e não mais como sendo uma pessoa que já esteve viva. “Aquele primeiro corte através da pele (de um cadáver) é realmente péssimo. Mas a medida em que você aprofunda, aquilo começa a parecer um livro de Anatomia e não lembra mais um ser humano, você vê que não é tão mal”.(Hoffman 1993:366)

A questão da morte e formação médica estão de certa forma diretamente ligadas. Apesar da formação médica não afetar diretamente a relação que o médico virá a ter com a

morte (devemos sempre que levar em conta a forma com a qual nossa sociedade lida com a morte), é um fator determinante importante. Porém nas faculdades de medicina os estudantes não são preparados para essa vivência. Isso é uma falha curricular bastante significativa, levando em conta que essas instituições só se preocupam com a doença e com a cura. “Lugar da morte no curso médico? Nenhum, mas nenhum mesmo. Nunca se fala nada. Morreu, empacotou e acabou”. (Hofmann 1993:367)

De acordo com um estudo realizado por Piccelli (1998), alguns autores sugerem que uma educação formal a respeito da morte e do morrer pode vir a diminuir a dificuldade que os médicos podem vir a apresentar em situações de morte e morrer.

Entretanto, mesmo os profissionais com uma vivência médica mais apurada apresentam dificuldades ao lidar com a morte. Os sentimentos frequentemente manifestados são o de:impotência, raiva e culpa. E os mecanismos de defesa geralmente utilizados são o de evasão e negação. “A evasão, pois além de ser um mecanismo pessoal que depende da disponibilidade interna de cada um, é também uma forma de atuação mais ou menos facilitada pela posição ocupada pelo membro da equipe na hierarquia hospitalar. A instituição oferece maior evasão ao mais graduado” (Perazzo 1985:97). De acordo com um estudo realizado por Boltanski (1989), quanto mais especializado é o médico, menos tempo ele gasta com o seu paciente.

Cabendo aqui ressaltar que não é só o médico que participa de forma ativa nesse processo de morte e morrer. Sem dúvida que a atividade profissional médica expõe muito mais os próprios médicos que os demais profissionais de saúde, mas todos participam desse processo de evasão e negação da morte. Aliás, não podemos nos remeter somente aos profissionais de saúde, existem diversos agentes que também participam desse processo. Dentre tais podemos citar: enfermeiros, psicólogos, profissionais da limpeza, atendentes, etc...⁶ Um exemplo é que quando uma pessoa morre, existe sempre a preocupação de desocupar o quarto rapidamente, trocar a roupa de cama e fazer o possível para parecer que nada se passou ali. Tenta – se negar a morte até os últimos instantes!

⁶ Sendo aqui no que tange ao processo de morte morrer no hospital

Parece que grande parte das pessoas não consegue suportar a incomoda presença da morte, “Parece que as pessoas têm medo de se contaminar” (Hoffmann 1993:370). De acordo com uma pesquisa realizada por Hoffmann, em determinados hospitais, as atividades funerárias são realizadas com uma “margem de atraso” já prevista. O ocultamento (melhor até dizendo, desaparecimento) dos corpos das pessoas acabam de morrer é feito com uma rapidez impressionante. Tão impressionante que chega a ser absurda.

Outra questão que não podemos deixar de abordar é o que diz respeito às inovações tecnológicas. Nas últimas décadas, grandes avanços da tecnologia marcaram a história da Medicina. Entretanto, mesmo que às vezes o intuito do uso dessas inovações seja o prolongamento da vida, muitas vezes tal objetivo não é alcançado. “O que ocorre, freqüentemente é uma modificação no processo de morrer.” (Hoffman 1993:368)

Dessa forma, o médico fica ainda mais frustrado, pois afinal ele dispõe de todos os dispositivos necessários, possui uma infra – estrutura adequada e mesmo assim não consegue impedir a morte! Porém ao passo que isso ocorre, simultaneamente também temos: “ Se a questão da tecnologia pode trazer um problema de ética, a ausência ou limitação de recursos tecnológicos também coloca nas mãos dos profissionais decisões como a de ter que escolher a quem beneficiar”(Hoffmann 1993: 368)

A aplicação dos recursos tecnológicos a favor da medicina também traz consigo a possibilidade da manutenção das funções biológicas do ser humano. Merece destaque aqui a *biotecnociência*, a mesma é capaz de: “ir ao encontro do velho ‘desejo’ humano de vencer a morte”(Schramm 2005:5). Segundo o mesmo autor, quando a biotecnociência é aplicada de forma “irresponsável”, ela chega a passar por cima até mesmo do próprio sofrimento que o tratamento virá a causar ao paciente.

Mantendo os sistemas orgânicos do paciente vivos temos o conceito de *distanásia*, que significa o prolongamento do momento da morte do paciente, através de métodos reanimatórios, com tratamentos desproporcionais, ou seja, é como um “sinônimo de

obstinação terapêutica” (Schramm 2005:5). Tal tratamento ocasiona um processo de morrer mais longo e com maior carga de sofrimento para o paciente.

Também temos o conceito de *eutanásia*, é uma palavra derivada do grego que quer dizer: *eu* – boa e *tanathos* – morte. Ou seja, boa morte. Também podemos nomear a eutanásia como sendo um suicídio assistido, porém só é nomeada como tal a partir do momento em que o enfermo (consciente de que vai morrer) solicita a ajuda de outra pessoa, dessa forma, sua opção pela morte é expressa de forma clara.

Existem outros tipos de eutanásia, esse tipos são:

- Eutanásia Ativa – quando se provoca a morte do paciente por fins denominados humanitários tais como o uso de injeções e medicamentos letais.
- Eutanásia passiva – quando a morte ocorre em decorrência da omissão da ação médica, como por exemplo, quando um paciente necessitando da respiração artificial deixa de ser acoplada ao referido aparelho.
- Eutanásia de Duplo Efeito – quando a morte é acelerada sem que haja a preocupação de se aliviar o sofrimento do paciente. Um exemplo disso é o emprego da *morfina* no alívio da dor e que posteriormente à mesma é gerada uma depressão respiratória e por conseguinte o óbito.
- Eutanásia não voluntária - quando executa – se a morte sem que se leve em conta a vontade do paciente
- Eutanásia voluntária – quando a morte é um desejo do paciente. Dessa forma o paciente é conivente com sua “execução”, enquadra – se aqui a intitulação de: suicídio assistido.

Atualmente, o médico que de alguma forma concorrer para conceber a morte a alguém estará cometendo um homicídio. Esse crime poderá ser verificado por meio de sua conduta passiva ou de sua não conduta. Quando o médico age ou deixa de agir, de qualquer forma, será considerado um crime e resultando na mesma pena para ambos os casos.

No que tange aos recursos tecnológicos, um ponto que merece destaque é o processo de reanimação. “Parece que, mesmo quando a morte é inevitável, ela é sempre inconcebível e precisa no mínimo ser adiada” (Hoffmann ,1993 : 368) . tal argumento reforça o fato de que deve – se evitar a morte a qualquer custo! “O imperativo tecnológico exige que qualquer coisa deve ser feita. Dentro deste princípio não há como evitar terapias invasivas e agressivas. Deve haver sempre mais alguma coisa que a gente possa fazer ou tentar.” (Hoffmann, 1993:368). Muitas vezes se criam verdadeiras situações embaraçosas, nas quais só existem sidas difíceis e penosas, em virtude da aparição de um potente arsenal tecnológico para o enfrentamento da morte. Tal fato obriga o médico a : “um enfrentamento ético e ideológico sobre a sobrevivência e a morte.” (Hoffmann ,1993: 368). Tal fato nos remete à questão apresentada no parágrafo anterior, a questão de se escolher quem tem que beneficiar.

Cabe uma ressalva aqui, a respeito do mito sobre Asclépio. Asclépio, que é tido com sendo o Deus da medicina, é um deus grego , filho do deus Apolo. O mito nos conta que Asclépio aprendera com o centauro Quíron a habilidade de ressuscitar os mortos. Podemos enxergar nessa perspectiva de que o deus da medicina, aquele que salva e cura, consegue impedir a morte derrotando - a. Percebe – se aqui o já inerente desejo de passar por cima da morte. Porém, pensar que o trabalho médico consiste única e exclusivamente em um “combate” à morte pode gerar inúmeros conflitos em quem está tratando (médico), ocasionando assim a amarga sensação de impotência perante a um mal tido como incurável.

Apesar de investimentos maciços estarem sendo aplicados em uma tentativa de melhorar as condições de vida humana, muitas vezes as mesmas não provocam somente uma maior frustração para os profissionais como também proporcionam uma desumanização do atendimento. Afinal, tais inovações fazem com que a relação médico –

paciente seja desprovida de vínculos, já que de acordo com um autor temos: “As pessoas que morriam nos seus domicílios rodeadas de familiares e amigos, dando as últimas ordens e dispondo de suas últimas vontades, chegavam ao fim de sua vida vivendo essa última etapa com qualidade, humanamente, socialmente, não tecnicamente”(Rolim ,2005: 3)

Segundo Boemer, é preciso que se busque a relação mais próxima possível com o paciente de quem se está cuidando de tal forma que o mesmo possa vir a ser percebido em sua dimensão como indivíduo.

Não há dúvidas de que a medicina é uma ciência expõe muito mais seus profissionais do que qualquer outra. Expor no que diz respeito à exposição à morte. O médico por sua vez, responde a tal “desafio” com muita ansiedade e medo. A solução para melhor enfrentamento desse processo seria uma formação apropriada sobre o assunto, já que conforme visto anteriormente as universidades abordam esse tema de forma imprópria.. é necessário que haja uma “maior humanização do homem frente a sua vida e a dos outros” (Rolim ,2005: 3)

Porém há mortes e mortes. Segundo Hoffmann (1993), podemos dividir a morte em um hospital como sendo esperada ou não previstas. Partindo desse ponto, podemos perceber de dependendo do tipo de morte a reação é mais branda, como por exemplo ao se tratar de uma pessoa desnutrida, com qualidade de vida ruim. Afinal, já se esperava por aquilo. Mas é diferente quando se trata de uma pessoa sadia, com um acidente qualquer, é muito mais doloroso para o profissional.

Devemos sempre levar em conta que a relação que o médico virá a apresentar com a morte variará de acordo com a pessoa e de que o enfrentamento do processo de morte e morrer não envolve somente aspectos culturais e econômicos, envolve também aspectos subjetivos. A subjetividade do médico e do paciente envolvido.

Baseando – se nas informações contidas neste capítulo, podemos concluir que a relação do trabalho médico com a morte irá variar de acordo com a pessoa. Porém, tal fato

não extinguirá os sentimentos de impotência, culpa, fracasso e evasão perante a uma situação de “fracasso”⁷. Porém, sendo a morte um medo nosso, é mediante ela que encontramos um caminho para uma melhor percepção acerca do outro. Sendo assim é inválido estabelecer parâmetros ou prescrever métodos, pois qualquer coisa previamente estipulada foge à possibilidade de estar plenamente junto consigo e com o outro. “Estar junto daquele que morre é estar junto da própria condição humana em que a imortalidade não tem lugar” (Perazzo 1985:99)

⁷ Conforme visto anteriormente, podemos definir a morte na nossa sociedade como sendo um fracasso.

Considerações Finais

Apesar da morte ser algo intrínseco a vivência humana, a mesma traz consigo um fado de angústias e temores para não só aos médicos, mas para quem também dela se aproxima. Principalmente aos médicos que têm como função cuidar dos pacientes gravemente doentes. Sendo assim, é necessário que haja uma formação mais adequada em nossas universidades para que melhor os médicos possam vir a se relacionar com a morte em sua vivência profissional, mas nunca desmerecendo os aspectos culturais e econômicos que influenciam nessa relação. No que tange a desumanização da prática médica, podemos concluir que tal fato é influenciado pela “visão industrial mecanicista” do homem.

Pudemos também concluir que a medicina, mais do que qualquer outra medicina relaciona de forma mais direta a morte com o contato profissional. Porém, a partir do momento em que passa - se encarar a medicina como sendo um mecanismo de combate à morte, é que começam a nascer os sentimentos de fracasso, culpa e impotência dos médicos perante a uma situação de morte. E tais sentimentos se tornam mais fortes mediante ao uso dos recursos *biotecnocientíficos e tecnológicos*, já que com os mesmos infere -se que se deve manter a vida a todo o custo. Mediante essa “pressão”, o sentimento de frustração é bem maior.

Podemos concluir que na nossa sociedade se morre de forma fria e desumana, já que afastam nossos parentes e amigos e os substituem por aparatos eletrônicos. Não desmerecendo a devida importância que os mesmos possuem, afinal são os mesmos que conferem ao médico a decisão e o poder de postergar a vida e adiar a morte das pessoas.

Porém, nunca é possível ter todas as respostas, afinal, quando pensamos que as possuímos, as indagações se modificam. Hoje, talvez seja necessário nos perguntarmos: será a morte na nossa sociedade considerada algo tão corriqueiro a ponto de ser banalizada? Até que ponto o homem reprimirá seus próprios sentimentos e encarará a morte com sofrimento? Essas são as indagações que ficam no ar. As mesmas não serão respondidas

aqui, até porque, essas não são respostas para serem dadas de forma direta e objetiva. Quem sabe um dia essas perguntas possam ser usadas para algum trabalho na posterioridade?

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, J. F. **Bíblia sagrada**. Rio de Janeiro: Editora Nova Vida, 1993.
- ARIÈS, P. **O homem diante da morte**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.
- ARIÈS, P. **Sobre a história da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- BELLATO, R. **O jogo existencial e a ritualização da morte**. Mato Grosso. Disponível em:< <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 24/08/2006
- BOEMER, M.R. **O cuidar em situação de morte: algumas reflexões**. São Paulo: Medicina (Ribeirão Preto), 2005.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- COSTA, E.F. **O psicólogo diante da morte**. Ceará: Tese de Mestrado, 2002.
- FERREIRA, J. **O alfabeto da vida (da reprodução à produção)**. São Paulo: Revista de Cultura e Política, n.55 – 56, 2002.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1992.
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Editora Atlas, 1999.
- HOFFMANN, L. **A morte na infância e sua representação para o médico – Reflexões sobre a prática pediátrica em diferentes contextos**. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 1993.
- HOLANDA, A. **Corredores de hospital: labirintos de brincadeira e narrações de vida**. Rio de Janeiro: Tese de Mestrado, 2001.
- MINAYO, M.C. **Pesquisa social teoria método e criatividade**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1996.
- PERAZZO, S. **O médico e a morte**. São Paulo: Revista de Psiquiatria Clínica, 1985.
- PICCELLI, A.V.H. **O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal**. Brasília: Rev Ass Med Brasil, 1998.
- PITTA, A. **Hospital dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1991.
- ROLIM, L.C. **O preparo do médico e a comunicação com os familiares sobre a morte**. São Paulo: Ver Ass Méd Brasil. v. 51 n. 1, 2005.

SCHRAMM, F.R. **A filosofia de Platão e o debate bioético sobre o fim da vida:** Interseções no Campo da Saúde Pública. Rio de Janeiro: Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 13/07/2006 .