Uma viagem bibliográfica: alguns estudos sobre a morte, o morrer e o sofrimento

Roseane Carlos Cordeiro; Patrícia Carvalho Silva; Bárbara Cristina Barbosa; Valéria Nancy Freitas; Breno Ayres Chaves Rodrigues; Laís Barreto Barbosa
Gisela Vasconcellos Monteiro

UNISANTA – Universidade Santa Cecília
e-mail para correspondência: gisela@unisanta.br

Resumo:
Ao longo da história, a finitude da vida parece ter sido deslocada da ordem da natureza para o controle do saber científico e da instituição médica. Neste contexto este ensaio discute a morte encefálica e a discussão do mundo científico, manifestando-se de distintas formas às novas definições de morte

Palavras chave: Finitude. Morte encefálica. Bioética

A bibliographical journey: some studies on death, dying and suffering

Abstract:
Throughout history, the finiteness of life seems to have been displaced from the order of nature to the control of scientific knowledge and the medical institution. In this context, this essay discusses brain death and the discussion of the scientific world, manifesting itself in different ways to the new definitions of death.

Keywords: Finitude. Brain death. Bioethics

> *No nosso caso, no que se refere ao tempo infinito após a minha morte, durante o qual não existirei, posso consolar-me com o tempo infinito, durante o qual tampouco existi, como se este fosse um estado que me é familiar e realmente muito confortável. Pois a eternidade a parte post [depois da vida] sem mim não pode ser mais horrível do que aquela a parte ante [antes da vida] sem mim, uma vez que ambas se distinguem apenas pela intervenção de um sonho de vida efêmero.*
>
> A. Schopenhauer

Desde que o mundo se constituiu como mundo na consciência dos humanos, indagações, aflições, tentativas de conhecer, explicar e (para alguns) controlar o acontecimento da morte ocorrem em diversas áreas do

conhecimento. Definir o que está vivo e o que está morto deixou de ser, na atualidade, uma mera observação dos movimentos cardiorrespiratórios pelos quais qualquer pessoa poderia, com alguma tranquilidade, identificar a morte.

Para o historiador Fhilippe Ariès (2000), houve transformações sobre o significado e a concepção da morte ao longo da História. Na Idade Média, a morte era um acontecimento comum e previsível. O doente sentia a iminência do seu fim e a morte não surgia abruptamente, mesmo quando acidental, pois o indivíduo tomava para si, ainda que rapidamente, as últimas tarefas em vida.

> A senhora de Montespan tinha menos medo de morrer que de morrer sozinha. Estava deitada com todas as cortinas abertas com muitas velas no quarto, as aias à sua volta, que acordava constantemente, que queria encontrar a falar, a rir ou a comer, para se tranquilizar contra a sua sonolência. Mas quando, a 27 de maio de 1707, sentiu que ia morrer (o aviso), deixou de ter medo, fez o que tinha que fazer: chamar os criados “até os mais baixos”, pedir-lhes perdão, confessar as suas faltas e presidir, como era hábito, à cerimônia da morte. (*idem*, *ibidem*, p.29).

O processo de morrer na Idade Média era um acontecimento familiar e ocorria em locais do convívio do moribundo. Ao mesmo tempo era público e anunciado, já que a comunidade poderia participar dos rituais: os sinos nas igrejas eram badalados com toques específicos anunciando o falecimento, orações eram feitas, o jacente era deitado com o rosto para cima para olhar os céus, entre outros ritos. Por entender esta forma de morrer como familiar e próxima, Ariès a chamou de ‘a morte domada’. Diferentemente do que parece ser na atualidade, a morte considerada maldita na Idade Média era aquela que acontecia abruptamente, sem dar aviso. Acreditava-se que o falecimento repentino era a cólera de Deus, por tanto causava temor e vergonha (*ibidem*).

Na contemporaneidade a morte parece ser temida. Não ousamos pronunciá-la. Ela se caracteriza pela negação, pelo medo e, sempre que possível, é silenciada para o doente. Este, próximo ao final da vida, frequentemente é afastado da família. O falecimento foi delegado à instituição de saúde, transformando-se em um evento assistido, acompanhado por profissionais da saúde, aparelhos, procedimentos invasivos. Desta forma, a morte foi medicalizada (CARRARA, 2004). Ela tornou-se complexa: requer tecnologias para detectá-la, pois eletrocardiogramas são exigidos para constatar o óbito que se define pelo coração parado. Exames neurológicos sempre serão

solicitados nos casos da verificação da morte encefálica (conforme a Lei 9.434/97).

Isso sugere que ao longo da história, a finitude da vida parece ter sido deslocada da ordem da natureza para o controle do saber científico e da instituição médica (Borges; Mendes, 2012). Esta forma de morrer na atualidade foi designada por Ariès como 'a morte moderna' e é esta forma historicamente datada de morrer, especificamente a encefálica, o meu foco. Inicialmente esta dissertação chamava-se *A morte moderna*. Entretanto, na medida em que fui refinando o faro e fazendo o percurso teórico ao mesmo tempo em que repensava o cotidiano do meu trabalho, pude observar que a morte encefálica se reveste num manto de invisibilidade que se manifesta na dificuldade em reconhecer seus sinais, ou seja, o processo que leva ao fim da existência. Com estas observações aprofundadas no decorrer do texto, rebatizei o estudo: *A morte (in)visível*. O termo entre parênteses no título procura problematizar a intensidade dos conflitos sobre o reconhecimento do processo de morrer e a morte, pois com frequência estes eventos tendem a ser descaracterizados e excessivamente naturalizados. Também é uma tentativa de dialogar com o entendimento de que a visibilidade é um processo de se fazer visível e não necessariamente seja uma condição *a priori*.

Na esteira das transformações ocorridas na vida cotidiana no último século, a medicina alargou os seus contornos e passou a determinar padrões sobre aquilo que deveria ou não ser feito. Extrapolando as fronteiras dos cuidados à saúde, definiu novos modos de alimentar-se, de pensar os cuidados com o outro, de práticas sexuais, de exercitar-se, de educar filhos, enfim, novas formas de estar no mundo. A medicina parece ter se encarregado da vida e, por que não dizer, também da morte. Com as mudanças na concepção sobre a morte e o morrer, a partir do fim do século XX, observa-se que passo a passo o centro da vida, representado antigamente pelo coração, migrou para o cérebro. Até então não hesitaríamos em afirmar que uma pessoa vive enquanto o coração dela bater. Hoje, com os critérios da morte encefálica, já não se pode fazer esta afirmação. O transplante, como uma nova prática de cuidado em saúde, criou dilemas morais e éticos forçando um diálogo nos quatro cantos do mundo:

> O transplante cardíaco intensificou a exigência de uma definição de morte. Até a década de 1960, para todos os efeitos, a morte era

> evidenciada pela parada cardiorrespiratória do paciente. A pressão por uma definição de morte que permitisse a coleta de órgãos para transplante era uma realidade antes mesmo que a morte cerebral fosse cunhada. Foi sendo construída uma campanha pela associação do sujeito com a sua consciência que, por sua vez, deveria estar localizada no cérebro. A ausência de consciência, a "morte do cérebro", seria condição suficiente para declarar que o sujeito estava morto. (KIND, 2007, p.44.)

A necessidade de estabelecer parâmetros para a definição da morte encefálica teve num primeiro momento o intuito de blindar os cirurgiões de difamações e injúrias em função do desconhecimento do público das novas técnicas cirúrgicas. Já num segundo momento, foi delineando-se a necessidade da população de se proteger de intervenções médicas que pudessem violar os direitos do sujeito, como a retirada de órgãos sem a consulta prévia à família e experimentos com partes do corpo humano (PERNICK, 1999).

O *Journal of the American Medical Association*, em especial no texto *A Definition of Irreversible Coma*, de agosto de 1968, inaugura no meio científico a definição dos critérios de morte encefálica que se tornou conhecida como a publicação seminal.

> Nosso objetivo principal é definir o coma irreversível como um novo critério para a morte. Há duas razões pelas quais essa definição é necessária: (1) Avanços nas medidas de ressuscitação e de suporte (de vida) têm levado ao aumento de esforços para salvar aqueles que estão drasticamente enfermos. [...] (2) Critérios obsoletos para a definição da morte podem levar à controvérsia na obtenção de órgãos para transplantes. (AD HOC COMMITTEE..., 1968, p.337-40)

Essa publicação, embora longe de apaziguar o debate em torno da definição de morte encefálica, deflagrou as condições iniciais para a legitimação desta nova prática e criou condições de legalidade, uma vez que experiências de transplantes já aconteciam com critérios distintos dos definidos acima. Ainda havia um vasto campo a ser percorrido para a aceitação desta condição de morrer.

Em busca de compreensões sobre as possíveis relações entre morte-cérebro-coração, os caminhos percorridos levaram-me a Schopenhauer, conhecido como o filósofo que influenciou o niilismo europeu e a psicanálise. Destaco a reflexão:

> [...] para o sujeito, a morte em si consiste apenas no instante em que a consciência deixa de existir porque a atividade do cérebro se interrompe. Na verdade, a consequente interrupção que se alastra a todas as outras partes do organismo já é um evento posterior à morte.

> Portanto, do ponto de vista do sujeito, a morte diz respeito apenas à consciência. (*idem*, 2013, p.10).

É notável examinar que muito antes de a morte encefálica ser concebida pela ciência médica, Schopenhauer, falecido em 1860, definiu a morte com surpreendente semelhança ao conceito vigente da ME que se construiu posteriormente. Ao indicar que a morte é a morte da consciência, explicita que o coração em si relaciona-se secundariamente com o evento do óbito. Ele assinala um processo em que a parada cardiorrespiratória é uma decorrência da morte. Provocador, inquietando almas devotas e reconfortando ateus, o filósofo do pessimismo aponta o absurdo de lastimar tanto o tempo em que não existíamos (antes do nascimento) quanto lamentar o que não seremos (após a morte). De mais a mais, a morte não seria um mal, pois todo mal, assim como o bem, pressupõe a consciência. Com o fim da vida não há conhecimento e, portanto, tudo cessa. Entretanto, reconhece que "o fato de a vida, como todos sabem, não ser brincadeira permite concluir que a morte é coisa séria" (*ibidem*, p.6). Todavia, traz a ideia de que a morte não leva consigo ou mesmo apaga o "cerne da nossa essência"; ela se mantém intacta. A compreensão do filósofo, guardadas as diferenças, faz aproximações com uma vertente do conhecimento médico que identifica a humanidade localizada no cérebro, ou seja, mesmo que haja funcionamento biológico em outras partes do corpo que não o cérebro, a pessoa perde a condição de sujeito quando cessa o funcionamento do córtex cerebral. Kind relata a contundência deste posicionamento levado ao seu limite: "fora do cérebro é humanamente impossível ser humano". A teoria da vida cerebral que tem o neurologista Goldering como expoente aponta que a experiência humana acontece no cérebro entre dois intervalos: a oitava semana de gestação e a morte encefálica (KIND, 2007, p.103).

Desde a sua formulação, os efeitos da nova modalidade de morte foi objeto de muitas polêmicas. O mundo científico manifestou-se de distintas formas às novas definições de morte. No Japão, resistiram à ideia de morte encefálica e filiaram-se a conceitos mais antropológicos para defini-la. Nesse país consideram a morte como um processo natural, sendo tênue a fronteira entre o natural e o social. Os ancestrais são imortalizados e continuam a transitar no mundo dos vivos. Assim, a morte encefálica não foi entendida como o fim da pessoa (LOCK *apud* KIND, *ibidem*). Nos Estados Unidos, embora o tema fosse

profundamente polêmico, o conceito de morte encefálica parece ter se tornado hegemônico. Na Europa, com as marcas deixadas pelo nazismo, o debate deu-se acirradamente.

No Brasil esta disputa ocorreu em águas mais tranquilas. Ainda para Kind (*ibidem*), em comparação à turbulência internacional, no Brasil a academia e a sociedade civil silenciaram-se frente ao lugar de destaque que a medicina ocupa na definição do que é morte. A necessidade de órgãos vivos de pacientes falecidos para o transplante forçou definições específicas sobre esta nova maneira de caracterizar a morte. A complexidade do tema exigiu que outras áreas do conhecimento, além da medicina, fossem convocadas. A necessidade de regulamentar a nova prática inaugurada por Christiaan Barnard era premente. A morte tornou-se um assunto também para juristas e bioéticos.

Para a bioética, de acordo com a antropóloga Débora Diniz (2006), o limite entre o cuidado médico invasivo e a tortura é tênue. Há outras dimensões do humano que não apenas o corpo biológico, como a dimensão espiritual, religiosa, o sentido moral que cada um atribui a sua forma de viver e à morte como parte da vida. A boa medicina é contextualizada, estabelece uma atitude respeitosa para com o doente, pressupondo que para tanto é preciso ouvi-lo e também ouvir sua família. A medicalização e a invasão do corpo para realizar procedimentos podem estar em desacordo com o sujeito que sofre. As reflexões sobre bioética que a autora propõe problematizam o direito a uma morte digna. Um mesmo procedimento pode ser usado para salvar vidas, mas quando são utilizadas intervenções médicas apenas com o objetivo de prolongar a vida para evitar a morte, elas passam a constituir-se como um ato de tortura. Há distintas possibilidades de entendimento sobre o que seja obstinação terapêutica, eutanásia, suicídio assistido que, embora sejam assuntos espinhosos, têm sido cada vez mais acolhidos como temas importantes para o debate público.

Diniz assinala que entre aqueles que têm experiências com cuidados em saúde, seja na condição de paciente, seja na posição de profissional, é comum encontrar equivalência entre morte e fracasso, como se fossem sinônimos. Outra ideia corriqueira é atribuir ao médico à condição exclusiva de saber sobre o doente. Essas associações são campos férteis para que seja dada a largada à obstinação terapêutica, que pode ser definida como uma ação que implica atos que levam ao extremo sofrimento, que provocam dores e utilização de

procedimentos invasivos em pessoas sem nenhuma possibilidade de recuperação e cura. A autora ressalta ainda que esse conceito não é estanque e é possível que um paciente deseje submeter-se a tratamentos invasivos mesmo na iminência da morte, mas quando caracterizada, a obstinação terapêutica pode se prolongar por meses, retirando do sujeito as condições mínimas de alguma qualidade da vida que lhe resta. O que está em primeiro plano nesse tipo de intervenção é a necessidade do médico e da equipe de saúde. Doente e família figuram em segundo plano e são alijados do processo de morrer e das decisões sobre o cuidado. A obstinação terapêutica é filha de um "*ethos* irrefletido das carreiras biomédicas" (*ibidem*, 2006).

Diniz aponta ainda outro caminho como possibilidade de compreensão deste fenômeno, ao considerar que pode haver confusão entre sacralidade da vida e santidade da vida. Esta última diz respeito à intocabilidade da vida, um princípio dogmático no qual prevalece o caráter de heteronímia da existência humana. Ela refere que a compreensão moral do direito à vida deve necessariamente ser submetida a um entendimento laico, constante da Constituição Federal e considerado também um aspecto fundamental dos direitos humanos. O valor "compartilhado é o que reconhece a vida humana como um bem, mas não como um bem intocável por razões religiosas" (*ibidem*, 2006).

Menezes (2006), interessada por questões da antropologia médica, focaliza sua discussão a partir da realização de um estudo etnográfico em uma unidade de terapia intensiva. A preservação da vida e a prorrogação da morte são orquestradas por seu personagem central: o médico intensivista. Ela destaca que foram naturalizados os cuidados de saúde do corpo e a morte como atribuições dos serviços de saúde. No topo desta hierarquia, a centralidade que o hospital ocupa na mentalidade da sociedade ocidental contemporânea, a imagem produzida pela *expertise* dos seus profissionais, a primazia da competência, as tecnologias dos cuidados intensivos e o ordenamento destes espaços contribuiu para criar um imaginário que vislumbra possibilidades de salvação do corpo, superando a morte. Aprofunda seu olhar e conclui que não só a sociedade, mas também "a esperança foi medicalizada" (Menezes, 2006). Ressalta que a transformação que desencadeou a medicalização da morte foi um processo estabelecido historicamente e, inspirada por historiadores como

Elias, Foucault e Ariès, a autora afirma que os acontecimentos naturais da vida, a exemplo do adoecer e morrer, foram capturadas “pela racionalização cientificista”.

O trabalho realizado em unidades fechadas, como são as unidades de pacientes críticos, intensifica comportamentos de negação que são necessários para suportar o intenso labor de lidar com a vida e a morte, e é atravessado por fantasias construídas socialmente de que a morte pode ser evitada. O treinamento, a competência médica e das equipes de setores fechados, o conhecimento técnico para a manipulação de aparelhos, além de certa experiência acumulada, também se fazem necessários para exercitar a habilidade de distanciar-se do sofrimento do paciente. Inversamente à postura da equipe, o doente crítico, dada a sua fragilidade, necessita de cuidado e aproximação humana amorosa. Esta espécie de dissociação dos profissionais não é exclusiva dos setores fechados, mas estas características são exacerbadas nesses locais. Evidentemente, o ‘cuidado competente’ (para usar a terminologia da autora) implica uma condição de aproximação e distanciamento, de reconhecimento e estranhamento daquilo que é familiar (VELHO, 2004), e esta gestão do afeto por parte da equipe, do sujeito singular da ação, para com o doente e a família, apresenta-se com maior rigidez nesses ambientes fechados. A emoção é tida como um fator que pode dificultar a tomada de ações emergentes e é considerada uma perda de tempo. Entretanto, é neste ambiente que se produz intensa carga emocional. Menezes faz algumas considerações a este respeito:

> O trabalho do profissional de CTI [unidade de críticos] é desgastante – física e emocionalmente –, especialmente quando é preciso comunicar aos familiares que seu poder tem limites, que o objetivo almejado – a manutenção da vida – não foi atingido. Uma parcela do desgaste deve-se ao ônus, delegado socialmente ao médico, de cuidar dos doentes e dos que estão para morrer. (MENEZES, 2006, p.97).

Ao investigar as questões relacionadas ao adoecimento mental nas relações do trabalho pude contar com o auxílio valioso de Dejours (2014a). Em seu livro *A loucura do trabalho*, o autor pergunta-se o que faz o trabalhador para não sucumbir psiquicamente e não enlouquecer diante das exigências do trabalho. Ele aponta que não há neutralidade do ponto de vista do trabalho: ele beneficia ou prejudica a saúde (*idem*, 2014b). O autor diferencia o sofrimento em dois tipos: um deles seria aquele sem o qual não conseguimos produzir

criativamente. Pressupõe implicação e envolvimento afetivo com a tarefa. É um tipo de sofrimento que agencia a inteligência e direciona a intuição no sentido de criar soluções para superar obstáculos no trabalho e é capaz de gerar satisfação pessoal. A partir deste entendimento, afirma que não há trabalho criativo 'vivo' que não produza sofrimento (*idem*, 2010). O outro tipo de sofrimento gera patologia. As condições de trabalho na atualidade, em que muitos estão submetidos a uma organização autoritária, segmentada e inflexível tornam-se fonte de esgotamento, alienação, adoecimento e desesperança com relação ao futuro da vida profissional. Ao propor uma investigação da psicopatologia do trabalho, remexe nos conceitos marxistas de alienação, "[...] no sentido em que Marx [a] compreendia em seus textos de 1844, isto é, a tolerância graduada segundo os trabalhadores de uma organização do trabalho, que vai contra seus desejos, suas necessidades e sua saúde" (*idem*, 2014b, p.137).

Para o autor, este conceito tem pertinência como um dado para a compreensão e a avaliação da condição de saúde, pois o trabalhador está cerceado entre o conflito do próprio desejo e a determinação patronal. Nessa situação, o trabalhador é capturado sem que tenha consciência sobre esta realidade interna e externa, e isso desencadeia uma espécie de confusão na discriminação entre seus próprios desejos e os da organização do trabalho. Neste embate, como possibilidade de sobrevivência psíquica e física, o autor apresenta o conceito de 'ideologias defensivas', como estratégias para manter-se vivo. Cada ofício demanda estratégias próprias a partir do seu ambiente específico de trabalho. São tentativas de 'domínio simbólico' da tarefa que muitas vezes expõem o trabalhador a riscos. Essa intrusão, semelhante a um 'enxerto', exige um gasto de energia psíquica para a acomodação desse estado de coisas. A sequência desse enredo é a fadiga, amiga inseparável da alienação. Essa condição favorece a dominação e a obediência.

O autor, ao estudar o adoecimento psíquico entre a categoria médica francesa, relata que muitas vezes há uma normatização de procedimentos a serem seguidos, seja no consultório, seja na emergência, e que, diante do sujeito concreto com as questões da realidade da vida, a demanda do que é prescrito difere da necessidade do paciente. Há o 'trabalho prescrito e o trabalho real'. Por vezes, o paciente morre num atendimento de urgência porque o médico seguiu o protocolo mesmo sabendo que naquela ação concreta, no trabalho real, o mais

adequado seria não fazê-la. Por medo de penalidades futuras, de processos das famílias e da gestão dos serviços, mantém-se 'o trabalho prescrito'. Estas situações conflitantes são pressões no âmbito pessoal, subjetivo, muitas vezes intoleráveis – são embates éticos e morais.

A adaptação do homem ao trabalho, no qual se considera o sujeito singular, requer algum tempo para que haja um arranjo entre a experiência pessoal pregressa, o conhecimento da tarefa, a acomodação das capacidades físicas individuais e as possibilidades concretas de cada organismo. Trata-se de uma adaptação intelectual e cognitiva, um processo inventivo, que se dá de maneira intuitiva com cada trabalhador (Dejours, 2014a). O profissional é a pessoa mais qualificada para indicar o seu modo de realizar o trabalho, encontrando a melhor maneira de respeitar e arranjar seu equilíbrio fisiológico.

Questões como a falta de escuta para problemas sobre o fazer diário, o desgaste físico com jornadas excessivas de plantões, o trabalho mecânico, automatizado, e a descrença em possibilidades de mudança são queixas frequentes entre os profissionais das unidades de pacientes críticos do Pronto Socorro Central e foram problematizadas no eixo temático *O verbo se fez carne*. Esta realidade pode ainda ser acentuada em um ambiente de cuidados em saúde com evidências que indicam comportamentos que tentam neutralizar e não reconhecer a morte e suas manifestações.

Na busca pelo entendimento do sentido da negação da morte, Kovács (2005) apresenta o conceito de 'conspiração do silêncio', que busca dialogar com a negação da morte no século XXI. A autora considera que falar sobre a morte é falar sobre a vida e, na medida em que se abre a possibilidade de reflexão, criamos condições para reavaliar a própria vida (*ibidem*). Para tanto, propõe uma 'educação para a morte' abrangendo discussões e reflexões não só aos profissionais da saúde, mas focalizando também educadores e a população em geral. Ela afirma ser fundamental esta discussão nos hospitais e sugere a utilização de casos difíceis como desencadeantes para reflexões sobre bioética, morrer com dignidade, distanásia, cuidados paliativos e sedação, entre outros. De acordo com essa autora, o luto mal elaborado está se tornando um problema de saúde pública, dado o grande número de pessoas que adoecem em função de uma carga excessiva de sofrimento sem possibilidade de que este seja elaborado. Esse mal também está afetando os profissionais de saúde que

cuidam do sofrimento alheio e que, muitas vezes, não têm possibilidades e legitimidade para expressar a própria dor (*ibidem*).

Freud (1996) descreveu o luto como o trabalho que o ego tem de realizar para adaptar-se à perda do objeto amado a partir da percepção propiciada pelo teste de realidade de que esse foi perdido. A elaboração do luto foi descrita pela teoria psicanalítica como um processo de identificação com o objeto perdido no qual há a retirada gradual do investimento libidinal nesse objeto para investimentos libidinais em novos objetos. Este processo não implica o desligamento total do objeto perdido, tendo em vista que a ligação interna com o objeto permanece e é ressignificada durante o processo de luto. É esse trabalho de ressignificação, de transformação da relação com o objeto perdido, que permite a elaboração do luto. Tal processo depende de fatores intrapsíquicos, da vontade do sujeito de enfrentá-lo e pode ou não ser bem-sucedido. Muitas vezes o processo desencadeia mudanças de papéis e reorganizações no sujeito; repercute no âmbito somático, social, emocional e cultural. Para tanto, dependerá em grande medida de um ambiente acolhedor, que favoreça, reconheça e valide a dor do enlutado.

Não por acaso, a última versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V(DSM-V)[1], de maio de 2013, que é uma publicação que expressa valores e produções do conhecimento científico no mundo desenvolvido, diminui o período de luto patológico de dois meses para quinze dias. Isto significa que todas as perdas, seja de marido, de filho, de um membro do seu corpo ou de emprego devem ser resolvidas em duas semanas – nesta impossibilidade fica caracterizada uma patologia. Esta questão traz outra dimensão da negação da morte: os interesses financeiros. Além de ser um desserviço social, a definição indica uma nova patologia e cria assim condições para grandes empresas farmacêuticas, com altos investimentos, especularem o mercado de medicações. Desta forma, é possível observar o aparecimento de epidemias mundiais fabricadas do dia para a noite graças também à divulgação maciça pela mídia de artigos sobre saúde. Para Safatle (2013), qualquer pessoa

[1] O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) é publicado pela Associação Psiquiátrica Americana. DSM-V é uma classificação categórica que divide os transtornos mentais em tipos, baseados em grupos de critérios com características definidas.

que esteja atravessando um período de instabilidade e insegurança dificilmente sairá de um consultório médico sem uma receita.

> Por trás desta estratégia clínica, com sua negação de perspectivas etiológicas, há a tentativa equivocada de transformar toda experiência de sofrimento em uma patologia a ser tratada. Mas uma vida na qual todo sofrimento é sintoma a ser extirpado é uma vida dependente de maneira compulsiva da voz segura do especialista, restrita a um padrão de normalidade que não é outra coisa que a internalização desesperada de uma normalidade disciplinar decidida em laboratório. Ou seja, uma vida cada vez mais enfraquecida e incapaz de lidar com conflitos, contradições e reconfigurações necessárias. (*ibidem*)

Assim, classificamos como doença a experiência psíquica de dor "prolongada" pela perda, mas curiosamente não qualificamos aquele sujeito (ou instituição) que embora esteja vivendo perdas significativas negue esse estado.

Investigando outros pontos de vista sobre a morte, deparei com Norbert Elias: este encontro foi um presente. Afora a inestimável contribuição e produção acadêmica, em particular para este estudo, o ensaio em que problematiza o envelhecimento e o fenecer é feito de forma intensa, fugindo dos jargões e da linguagem científica usual, auxiliando na compreensão do sentido da morte e trazendo a ideia de que "nunca antes as pessoas morreram tão silenciosa e higienicamente como hoje nessas sociedades, e nunca em condições tão propícias à solidão" (ELIAS, 2001, p.98). Aprendi com ele que é possível fazer ciência com afeto, proximidade com o seu interlocutor, rigor científico e humor (que lhe é peculiar); ele chega a emocionar: "a morte é um problema dos vivos. Os mortos não têm problemas" (*ibidem*).

Esse autor destaca que ao longo da história da humanidade, particularmente na comparação da Idade Média com as sociedades modernas industriais, a possibilidade de identificação com o outro e o compartilhamento dos sofrimentos e da morte foram ampliados. Na atualidade, dificilmente se constituiria como diversão assistirmos a cristãos serem devorados vivos ou a enforcamentos públicos. Elias considera que embora tenhamos aumentado a capacidade empática e a consciência de reciprocidade de ajuda entre humanos, há uma maior dificuldade na atualidade de identificação com os moribundos, "porque os vivos, temendo por si mesmos, são incapazes de lhes demonstrar afeto" (*ibidem*). A civilização ocidental atual expõe o moribundo ao silêncio e ao isolamento, e perde-se mais tempo cuidando de órgãos do que de pessoas. Ele

considera que a decadência do corpo humano, o que se costuma chamar de processo de morrer, frequentemente vem acompanhada de mau cheiro. As sociedades desenvolvidas instilam entre os seus membros "uma grande sensibilidade aos cheiros fortes" (*ibidem*, p.102). Freud parece curvar-se a esta compreensão e ao refletir sobre a civilização ocidental conclui que cultivamos 'coisas inúteis'[2], mas não sem importância e tampouco em segundo plano, como a beleza, a limpeza e a ordem. Com naturalidade, classificamos uma cidade como atrasada ou perto da barbárie de acordo com a quantidade de lixo e com os maus cheiros fortes exalados ou com o seu reverso, flores e obras artísticas em praças públicas. Num tom quase de anedota refere que não estranharia se incluíssemos "o uso do sabão como uma medida direta do grau de civilização" (FREUD, 2014).

Provocando à reflexão, Elias sugere como pouco apropriada ou como 'idealização romântica' a noção de que na Idade Média o processo de morrer fosse abrandado pela morte escancarada na presença do outro. Assim, o autor difere de Ariès, oferecendo outro ponto de vista:

> Todos estamos familiarizados com pinturas de períodos anteriores, que retratam famílias inteiras – mulheres, homens e crianças – em torno do leito da matriarca ou do patriarca moribundo. [...] famílias nestas situações podem ter sido muitas vezes negligentes, brutais e frias. Quem sabe os ricos nem sempre morreram de maneira suficientemente rápida para os herdeiros. Os pobres podem ter ficado estendidos sobre a sujeira e passado fome. Pode-se dizer que antes do século XX, ou até do XIX, a maioria das pessoas morria na presença de outra pessoa porque estavam menos acostumadas a viver e estar sós. Não havia muitos cômodos onde uma pessoa pudesse ficar só. [...] As sociedades como tais eram mais pobres antigamente; não eram tão organizadas em termos de higiene como as sociedades posteriores. (ELIAS, 2001, p.86)

O autor ressalta que numa época em que a expectativa de vida não chegava aos quarenta anos, ver um defunto era bastante provável. Para Elias, a possibilidade de falar abertamente sobre sepulturas, vermes e decomposição humana não significa necessariamente uma boa morte. Em períodos históricos anteriores, a quantidade de conhecimento acumulado para explicar as interrogações dos acontecimentos da vida natural, como epidemias, pragas, raios e trovões, não tinha origem em um conhecimento seguro, e esta condição

[2] Freud, em *O mal-estar da civilização*, ao referir-se às 'coisas inúteis'(a beleza, a ordem etc.), atribuiu-lhes este sentido se comparadas às atividades humanas realizadas ao longo da história que garantiram a sobrevivência da raça humana, como o controle e o domínio das forças da natureza.

precipitava inseguranças entre as pessoas. A necessidade de rechear o vazio de respostas era preenchida com explicações mirabolantes, caça às bruxas, talismãs e sacrifícios; a fronteira entre a realidade e a fantasia pessoal era tênue. Nesse ambiente instável, os indivíduos exaltam-se com mais facilidade, entram mais rapidamente em pânico, perseguem e acusam-se mutuamente.

A partir do momento em que a ciência começou a estabelecer nexos entre eventos, ela permitiu construir outras relações entre divindades e os acontecimentos da natureza. O domínio das técnicas da ciência (e não mais amuletos) para evitar grandes epidemias é um dos exemplos de como o conhecimento ajustado à realidade contribuiu para a mudança de comportamento e de sentimentos entre as pessoas, possibilitando novas formas de subjetivação (*ibidem*).

Em seu livro *O processo civilizador*, Elias (2011) refere-se a uma grande variedade de acontecimentos que implica transmissão de valores e condutas que abrangem desde como homens e mulheres se relacionam, como devemos nos vestir, a maneira de preparar nossos alimentos e portarmo-nos à mesa, as formas de punições jurídicas, como repassamos heranças e valoramos hierarquias sociais, até crenças, definições do que seja um lar e o que deve acontecer no âmbito público e no privado. Esta transmissão de sentidos e significados regula impulsos, interdições, indica modos de ser no mundo coletivamente. Assim, por mais natural, inalterável e preexistente que possam parecer padrões ou comportamentos, como o simples ato de assoar o nariz, em qualquer e distinta organização social humana, não são ao acaso nem imutáveis, mas sim construções sociais, foram aprendidas. Hábitos, costumes, rituais e, entre eles, compreensões sobre modos de nascer e morrer fazem parte da socialização humana e paulatinamente vêm sofrendo transformações. A intervenção da ciência propiciando longevidade próxima da casa dos oitenta anos, rareando a familiaridade com o morto, num ambiente em que o grau de segurança social foi mediado por leis, normas e repressão dos impulsos, criou condições para um forte sentimento de pacificação e acanhamento com a violência que contribuem com o sentimento de que viveremos eternamente. Para o autor, “o morrer, como quer que seja visto, é uma violência” (*ibidem*). Entretanto, a proximidade com o moribundo abala a nossa crença de imortalidade:

> Por trás da necessidade opressiva de acreditar na nossa própria imortalidade, negando assim o conhecimento prévio da nossa própria morte, estão fortes sentimentos de culpa recalcados, talvez ligados a desejos de morte em relação ao pai, à mãe e aos irmãos, com o temor de desejos análogos de parte deles. Neste caso, a única fuga possível da culpa angústia em torno do desejo de morte (especialmente quando dirigida a membros da família) e da ideia de vingança deles [...] é a crença particularmente forte em nossa própria imortalidade, ainda que possamos estar parcialmente ciente da fragilidade dessa crença. (*idem*, 2001, p.17).

Estes são alguns aspectos e reflexões sobre a decrepitude humana e o contato com os moribundos na sociedade ocidental contemporânea. No curso da história dos últimos quinhentos anos, o impulso civilizador promoveu paulatinamente o ocultamento da morte. Elias sinaliza, em conjunto com os autores citados anteriormente e com outros tantos, que se aprendemos a ser o que somos, podemos nos reinventar se julgarmos valer a pena.

Finalizando este capítulo, sirvo-me da compreensão de Montaigne: “filosofar é aprender a morrer”. De certo, o diálogo estabelecido levou-me para o embate com minhas distintas possibilidades de trabalho, seja na clínica, na instituição da saúde, seja com as famílias. Confrontou-me também com a própria morte, ao menos por enquanto, com a reflexão sobre ela. Neste capítulo procurei estabelecer um diálogo sobre o tema da morte, o processo de morrer e o trabalho em saúde que pudesse auxiliar-me na reflexão desencadeada pelos disparadores que a prática profissional precipitou em mim. Busquei uma pequena aproximação com diferentes campos do pensamento, como filosofia, antropologia, história, sociologia, psicologia e ciência médica. A definição de autores de relevância neste campo ocorreu inicialmente com a leitura de trabalhos e artigos científicos. Este contato abriu possibilidades: correspondi-me com alguns pesquisadores, mas também apontou para a necessidade de conhecer outros expoentes de influência e relevância nesta temática. Assim, não se tratou de uma revisão bibliográfica no rigor da sua definição, mas sim de uma interlocução com estudiosos e estudiosas do campo.

Para finalizar, gostaria de antecipar-me ao leitor, para informá-lo que o próximo capítulo será a apresentação do percurso metodológico. Minha opção pela utilização do método da cartografia, desde o princípio, parecia ser um caminho possível para o diálogo com o recorte da realidade que investiguei. Esta escolha se deu possivelmente porque os pressupostos e disparadores

cartográficos tenham me trazido mais conforto íntimo. Afirmo isto pois aprendi com a psicanálise que nunca há neutralidade nas escolhas.

Encerro este capítulo com o afiado humor de Fernando Pessoa, que parece curvar-se à inevitabilidade da morte. Os artistas sempre se antecipam na interpretação do mundo: "*O homem é um cadáver adiado*".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AD HOC COMMITTEE of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. A Definition of Irreversible Coma. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, v.205, n.6, p.337-40, ago.1968.

AGAMBEN, G*. Homo sacer*: o poder do soberano e a vida nua. 2.ed. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2010.

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.) *Pistas do método da cartografia*: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. 2.ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

ARIÈS, F. *O homem perante a morte.* Lisboa: Publicações Europa-América, 2000. (Biblioteca Universitária)

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2005-2012). *Registro Brasileiro de Transplantes (RBT)*. São Paulo, ano XVIII, n.4. jan.-dez, 2012.

_____. Dados por Estado: pacientes ativos em lista de espera. *Registro Brasileiro de Transplantes (RBT).* São Paulo, ano XX, v.17, n.4, p.22, dez. 2014. Disponível em: www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2014/rbt2014-lib.pdf. Acesso em: 7 de outubro de 2015.

BORGES, M. S.; MENDES, N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, São Paulo, v.65, n.2, p.324-37, 2012**.**

BRASIL. Lei nº 10. 211/2001 Altera dispositivo da Lei 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano". Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10211.htm. Acessado em: 29 de setembro de 2015.

_____. Lei nº 9.434 de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes e tratamento. *Diário Oficial* [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 24 de mar. 2001. Disponível em:

<ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.fev.11/Iels39/U_PT-MS-SAS-85_250211.pdf>. Acesso em: 2 jun.2012.

_____. Resolução CFM nº 1.826 de 24 de outubro de 2007. Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético de suspensão dos procedimentos de suporte terapêutico quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não doador. *Diário Oficial* [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 6 de dezembro de 2007. Disponível em: www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1826_2007.htm. Acesso em: 29 de setembro de 2015.

CARRARA, S. Prefácio. In: MENEZES, R. A. *Em busca da boa morte:* antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz, 2004. p.12-3.

COLLUCCI, C.; SCHWARSTZMAN, H. O Brasil é o terceiro pior lugar para morrer. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 15 jul. 2010. Caderno Saúde. Disponível em: <http:acervo.folha.com.br/fsp/2010/07/15/15/>. Acesso em: 15 de julho de 2015.

CROWLEY-MATOKA, M.; LOCK, M. Organ Transplantation in a Globalised World. *Morality*, London, v.11, n.2, p.166-81, 2006.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho*: estudo de psicopatologia do trabalho. 5.ed. ampliada. São Paulo: Cortez-Oboré, 2014a.

_____. *Entrevista*: normalidade, trabalho e cidadania. Três aspectos presentes no novo conceito de saúde discutido por Christophe Dejours. [1991] In:_____. *A loucura do trabalho*: estudo de psicopatologia do trabalho. 5.ed. ampliada. São Paulo: Cortez-Oboré, 2014b. p.164-8.

Dicionário etimológico: etimologia e origem das palavras. S. l.: 7Graus, 2015. Disponível em: http://www.dicionarioetimologico.com.br/eutanasia/.

DINIZ, D. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. *Cad. de Saúde Pública,* v.22, n.8, p.1741-47, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/SO102-311X2006000800023>. Acesso em: 15 mar. 2015.

ELIAS, N. *A solidão dos moribundos*, seguido de “envelhecer e morrer”. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2001.

_____. *O processo civilizador*: uma história dos costumes, v.1, 2.ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2011.

FREUD, S. *O futuro de uma ilusão, O mal estar da civilização e outros trabalhos.* v.XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Obras Psicológicas Completas)

_____. *Luto e melancolia*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. *O mal-estar da civilização*. São Paulo: Cia. das Letras, 2014.

GALLEGOS, F. R. *et al*. Cap. 4. Denominación en donación en asistolia y clasificación de los donantes en asistolia. In: MATESANZ ACEDOS, R. et al. *Donación en asistolia en España:* situación actual y recomendaciones. Espanha: Organización Nacional de Trasplantes. 2012. Disponível em: <http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/DONACI%C3%93N%20EN%20ASISTOLIA%20EN%20ESPA%C3%91A.%20SITUACI%C3%93N%20ACTUAL%20Y%20RECOMENDACIONES.pdf >. Acesso em: 15 mar. 2014.

GARCIA. J. R. (Roteiro e direção). La Dama y la Muerte. España: Kandor Graphics/Green Moon, 2009.

GIOVANETTI, J. P. Psicologia existencial e espiritualidade. In: ARMATUZZI, M. M. (Org.) *Psicologia e espiritualidade*. São Paulo: Paulus, 2005, p.129-48.

IMBRIZI, J. M. *A formação do indivíduo no capitalismo tardio.* São Paulo: Hucitec, 2005.

KIND, L. *Morte e vida tecnológica:* a emergência de concepções de ser humano na história da definição de morte cerebral. Rio de Janeiro, 2007. 128f. Dissertação (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

KOVÁCS, M. J. Educação para a morte. *Revista Psicologia, Ciência e Profissão*, v.25, n.3, p.485-96. 2005.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário de Psicanálise*. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MENEZES, R. A. *Em busca da boa morte:* antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz, 2004.

_____. *Difíceis decisões*: etnografia de um Centro de Terapia Intensiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

NIETZSCHE, F. *Fragments posthumes*. Automne 1885-automne 1887. Paris: Gallimard, 1978.

OGDEN, T. H. Sobre três formas de pensar: o pensamento mágico, o pensamento onírico e o pensamento transformador. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v.46, n.2, 2012.

OHATA, M. *Eduardo Coutinho*. São Paulo: Cosac Naify, 2013.

ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃO, HOSPITAL SÃO PAULO, DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA. *Atualização em captação de órgãos e tecidos para transplantes*. Hospital 2, 2012. Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos. Material audiovisual não publicado.

PAIVA, V. Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos. In: PAIVA, V., AYRES, J. R., BUCHALLA, C. M. (Orgs.) *Vulnerabilidade e direitos humanos* – prevenção e promoção da saúde – Livro I: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012. p.165-208.

PASSOS, E.; BARROS, B. R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.) *Pistas do método da cartografia*: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. 2.ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.) *Pistas do método da cartografia*: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. 2.ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

PERNICK, M. S. Brain Dead in a Cultural Context: the Reconstruction of Dead, 1967-1981. In: YOUNGNER, S. J.; ARNOLD, R. M.; SCHAPIRO, R. *The Definition of Dead*: Contemporary Controversies. Baltimore & London: The John Hopkins University Press, 1999.

PRATES, P. R. Pequena história da cirurgia cardíaca: e tudo aconteceu diante dos nossos olhos... *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular,* v.14, n.3, p.177-84, 1999.

RAGO, M. *A aventura de contar-se*: feminismo, escrita de si e invenção da subjetividade. Campinas: Editora da Unicamp, 2013.

RICIERI, A. P. *Pequeno Dicionário Etimológico Prandiano*. Prandiano, 2000. Disponível em: http://www.prandiano.com.br/html/fr_dic.htm. Acesso em 8 abr. 2014.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental*: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Sulina, 1989.

SAFATLE, V. A produção da doença. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 14 maio 2013. Caderno 3.

SANTOS, M. C. C. L. *Morte encefálica e a lei de transplante de órgãos.* 2.ed. São Paulo: Oliveira Mendes, 1998.

SANTOS. Lei nº 2.569/08. Autoriza o poder executivo a criar, no âmbito do município de Santos, o sistema de captação e transporte de órgãos e tecidos para transplante. *Diário Oficial* [da Prefeitura Municipal de Santos]. Santos, 29 set. 2008. Disponível em: cm-santos.jusbrasil.com.br/legislacao/516040/lei-2569-08. Acesso em: 30 de setembro de 2015.

SANTOS. *Relatório das atividades realizadas pela Seção de Captação de Órgãos e Tecidos para Transplantes.* Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Seção de Captação e Transporte de Órgãos e Tecidos para Transplantes (Secapt). 2012. Material não publicado.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. [online], São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/destaques/direita/sistema-estadual-de-transplantes/>. Acesso em: 26 maio 2012.

SCHOPENHAUER, A. *Sobre a morte*: pensamentos e conclusões sobre as últimas coisas. Org. de Ernst Ziegler e Franco Volpi. Trad. de Karina Jannini. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

SECAPT. *Registro de Óbitos* do Pronto Socorro Central. Santos, 2013.

VELHO, G. Observando o Familiar. In: *Individualismo e cultura*: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. 7.ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2004.

WHITE, H. *Trópicos do discurso*. São Paulo: Edusp, 1994.