

Vida e Morte no Cotidiano

REFLEXÕES COM O PROFISSIONAL DA SAÚDE



ANNATÁLIA MENESES DE AMORIM GOMES
ERASMO MIESSA RUIZ

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmus Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

Annatália Meneses de Amorim Gomes
Erasmio Miessa Ruiz

Vida e morte no cotidiano:

reflexões com o profissional da saúde

1ª Edição

Fortaleza - CE

2019



VIDA E MORTE NO COTIDIANO: REFLEXÕES COM O PROFISSIONAL DA SAÚDE

© 2019 *Copyright by* Annatália Meneses de Amorim Gomes e Erasmo Miessa Ruiz

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmo Miessa Ruiz

Diagramação

Narcelio Lopes

Imagem da capa

Quadro O médico (1891), de Sir Samuel Luke Fildes (1844-1927)

Revisão de Texto

Os organizadores

Ficha Catalográfica

Lúcia Oliveira CRB - 3/304

G633v Gomes, Annatália Meneses de Amorim
Vida e morte no cotidiano: reflexões com o profissional da saúde [recurso eletrônico] / Annatália Meneses de Amorim Gomes, Erasmo Miessa Ruiz. - Fortaleza: EdUECE, 2019.
Livro eletrônico.
ISBN: 978-85-7826-777-3 (E-book)
1. Tanatologia. 2. Morte - Aspectos psicológicos. I. Ruiz, Erasmo Miessa. II. Título.

CDD: 128.5

Sumário

DEDICATÓRIA..... 7

PREFÁCIO 8

INTRODUÇÃO 11

Capítulo 1

A MORTE E O MORRER NA VIDA E OS SEUS SENTIDOS..... 15

Capítulo 2

O PROFISSIONAL DA SAÚDE DIANTE DA MORTE .. 35

Capítulo 3

“APELO” À RE- HUMANIZAÇÃO DA MORTE 42

3.1 Nova atitude diante da morte48

3.1.1 Respeito às necessidades espirituais e direitos do paciente...48

3.1.2 Transformação da visão fragmentada para um olhar globalizante50

3.1.3 Assistência à totalidade do paciente e sua família50

3.1.5 Atitude solidária do profissional52

3.1.6 Respeito aos princípios da Bioética.....53

3.1.7 Humanização da ambiência para a morte?54

3.1.8 O cuidado de si mesmo57

Capítulo 4.....	61
APLICAÇÃO PRÁTICA: ASSIM NA VIDA COMO NA MORTE	61
4.1 Nossas experiências do morrer: primeira semana	62
5. 2 Reflexões sobre a finitude: segunda semana.....	64
Tempo de morrer	64
5. 3 “O Paciente sou eu” : terceira semana	71
4.4 Como está a qualidade de vida: quarta semana	74
4.5 O presente da vida: quinta semana	77
Instantes*	78
Considerações finais.....	81
Referências bibliográficas.....	83
Os Autores	85

Dedicatória

Dedicamos este livro aos profissionais da saúde que na lida cotidiana podem, como aprendizes da vida, encontrar na morte uma companheira que ensine a viver plenamente.

PREFÁCIO

José Jackson Coelho Sampaio

Recebi com muita alegria o convite para prefaciар o livro dos colegas Annatália Meneses de Amorim Gomes e Erasmo Miessa Ruiz , por conhecê-los da longa jornada em defesa das causas humanitárias, quer nas atividades profissionais, quer no ensino superior ou em pesquisas referentes à morte. É sempre instigante nos colocarmos diante da tarefa de pensar a finitude humana, pois, assim procedendo, nos localizamos radicalmente diante da perspectiva da vida.

Enquanto Consultor da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde-PNH, para a Regional Nordeste III (Ceará, Piauí e Maranhão), tenho observado que, embora a temática da morte esteja presente em vários espaços de discussões e na oferta de alguns cursos no campo da saúde, nos últimos anos, isto ainda ocorre de forma restrita, sobretudo ao mundo acadêmico, a cursos formalizados de Especialização. Na nossa Universidade Estadual do Ceará-UECE temos uma disciplina optativa de Tanatologia para os estudantes de Enfermagem. Mas a maior lacuna é a de publicação que exponha um discurso voltado ao profissional da saúde, de forma clara, simples e pedagógica.

Os autores, que já pesquisam e integram as reflexões sobre a Tanatologia e sua importância no processo da humanização, conseguem trazer esta novidade e valiosa contribuição ao aprofundamento da compreensão da morte como dimensão imprescindível da vida e sua inserção na pauta da saúde. Annatália e Erasmo provocam com muita competência e sensibilidade um re-pensar sobre a morte, a partir de desafios vividos pelos profissionais. Desenvolvem um texto que visita algumas das principais questões que o profissional da saúde enfrenta, no cotidiano, diante das perdas vividas em sua prática, na relação com as condições de seu trabalho nem sempre satisfatórias, na lide com as próprias frustrações, na perda de pacientes queridos que partem desta vida, nas escolhas que necessitam fazer nos momentos difíceis, ou mesmo nas pequenas mortes de cada momento vivido, pois estar vivo requer um desfazer-se contínuo do que ficou para trás em cada fração de tempo passado.

Ressalto a importância desta obra prima que põe em evidência um tema vital para a evolução da humanização nas práticas de saúde; no tocante aos processos que envolvem a morte, tanto junto aos profissionais, como a pacientes e familiares, pois embora a convivência com a morte seja uma constante, a morte e o morrer têm sido esquecidos no dia a dia.

Este momento, no Brasil, é muito rico, pois é o momento em que o Conselho Federal de Medicina-CFM aprova os indicativos de ortotanásia. Que a Conferência

Nacional dos Bispos do Brasil-CNBB aprova o comportamento do CFM. Que o Ministério da Saúde submerge em silêncio, explicável por seus entraves legais e por sua complexidade administrativa. Que a Justiça ainda não de pronunciou.

Então, este livro deverá se constituir em uma bússola norteadora de reflexões, nos serviços de saúde, sobre a morte e o morrer, e estimular a criação de rodas de conversa, fomentar a criação de grupos ou ampliar espaços de grupalidade, integrando pessoas em torno desta problemática. Também deverá despertar, nos profissionais, o gosto pela morte como objeto de investigação científica, subsidiar discussões dentro dos Grupos de Trabalho de Humanização-GTH existentes nas unidades, provocar mudanças nas formas de cuidar da morte nos estabelecimentos de saúde e desencadear novas abordagens e práticas sobre a morte. Sobretudo, é preciso que este livro possa ser utilizado como permanente fonte de estímulos a entendimentos que abram novas perspectivas para os serviços de saúde acolherem a morte como inexorável componente da vida. Assim poderão oferecer a morte digna, ao mesmo tempo em que trabalhem e lutem pela vida digna.

Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

Consultor da Política Nacional da Humanização
Diretor do Centro de Ciências da Saúde da UECE

INTRODUÇÃO

A experiência mostra que todos os seres vivos morrem e retornam ao estado inorgânico. Ou seja, o objetivo de toda vida é a morte.

Sigmund Freud

Assim como viver, morrer é um exercício diário!

Na chama da vida está a chama da morte.

A escolha é só minha:

Posso cultivar a dor de morrer a cada instante, ou o prazer de renascer no momento seguinte.

A tristeza de sentir as coisas terminando ou a alegria de ver começar algo novo.

Eustáquio de Sousa

Desde os tempos mais remotos, a morte é um tema que sempre ocupou importante lugar no pensamento dos seres humanos. A história da humanidade nos mostra que em todas as culturas, a morte é considerada uma experiência inevitável, inspirando as pessoas à reflexão sobre o sentido da vida. Os seres humanos lutam toda a existência contra a idéia de sua finitude. A angústia desta luta torna o inevitável enfrentamento de tal situação mais difícil e o fato é que sendo o homem um ser vivo, um dia morrerá (BELLATO, 2005).

Inúmeros pensadores buscaram encontrar o significado da morte, e, à medida que esclareciam, contribuíam também para a compreensão do sentido da vida. Conforme Elizabeth Kübler-Ross, *a chave para o problema da morte abre a porta da vida*. Mesmo aceitando a morte como parte integrante da vida, contudo, é difícil morrer, pois isto significa renunciar à vida neste mundo. A idéia da morte nos traz permanentemente a consciência de nossa vulnerabilidade e de que nenhum avanço tecnológico nos permitirá dela escapar.

Nos dias atuais, particularmente nas sociedades industriais e pós-industriais, a morte é transferida da casa da pessoa para o hospital, o que desafia as equipes de saúde a buscarem revisitar seus pontos de vista sobre viver e morrer, seus conceitos e valores, bem como refletirem sobre os posicionamentos éticos e emocionais sobre os dilemas que os envolvem nos momentos de finitude junto com aqueles que cuidam.

A morte é emudecida no contexto da sociedade moderna ocidental, e pouco se encontram experiências em hospitais que ainda favoreçam uma formação e um diálogo sobre os temas que envolvem as perdas de pessoas que estão sob os cuidados dos profissionais. Se de um lado o paciente e familiares podem se sentir sozinhos e abandonados, de outro, os clínicos também vivem seus momentos de dor, angústia e sofrimento diante do “passamento” do outro – gestante bebê, criança, jovem, adulto, idoso – que assistem pela sua ação cuidadora.

Apesar da emergência da temática sobre a morte e o morrer, sobretudo a partir do movimento dos cuidados paliativos (SAUNDERS; BAINES E DUNLOP, 1995), é cada vez mais solicitada e percebida a necessidade de fomentar estudos na área da Tanatologia, desenvolver capacitações sobre esta temática e implementar políticas públicas que valorizem as questões da ética e bioética e os direitos dos pacientes em momentos finais da sua vida. Neste aspecto, a necessidade existencial está complexamente relacionada com a busca de aprimoramento do cuidado hospitalar, não só no que tange às intervenções sobre o corpo biológico mas, também, no que diz respeito ao manejo dos conflitos psicológicos enfrentados pelo paciente, sua família e a equipe de profissionais.

Com base nesta reivindicação dos profissionais e representantes dos usuários que participaram na elaboração da Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde-PEH (PEH, 2004, p. 13), o Estado do Ceará, definiu como uma de suas diretrizes *proporcionar a preparação adequada à vivência de perdas, de sofrimentos, do morrer e da morte*, figurando como ação estratégica *proporcionar, inicialmente aos trabalhadores do SUS/CE, formação em Tanatologia e em Bioética*.

A re - humanização da morte passa, sobretudo, por uma nova atitude diante da vida e da morte, de um olhar que inclua e aceite esta passagem como dimensão da existência e pela criação de espaços de diálogo para que os profissionais possam conversar em seu dia-a-dia sobre as formas de elaborar esses momentos.

Pensando em contribuir para que este tema seja cada vez mais incorporado na prática de saúde e em oferecer subsídios de compreensão do morrer em nossa sociedade, de como fazer para que a “boa morte” aconteça em nosso convívio da saúde, escrevemos este livro-texto, intitulado *Vida e morte no cotidiano: reflexões com os profissionais de saúde*. Partimos do lugar comum semelhante aos que trabalham neste campo e do fato de vivenciarmos, por isso, questões semelhantes. Ainda, também, nos compreendemos sujeitos que se encontram entre a vida e a morte diariamente, por isso nos inserimos com esta e não a partir de fora desta realidade que pertence a todos os humanos.

O trabalho está organizado em temáticas que versam sobre os sentidos da morte e do morrer na sociedade ocidental, questões que envolvem o profissional da saúde ante a finitude no cotidiano de sua prática, a uma busca de re-humanização da morte nos hospitais, e finalmente, a última sessão trata de uma aplicação prática com base em exercícios estruturados para favorecer o compartilhar em rodas de conversa nos serviços de saúde sobre a vida e a morte.

Capítulo 1

A MORTE E O MORRER NA VIDA E OS SEUS SENTIDOS

Falar sobre a morte é algo sempre desafiador. Não que o tema esteja afastado da vida de todos. Estamos longe de ser leigos a respeito da morte, pois a temos como “companheira” desde o momento em que nascemos. Um dia, sem retoques, ela apareceu em nossas vidas, forçando-nos a buscar sentidos que pudessem explicá-la. Pode ter sido no dia em que perdemos um avô, um amigo na tenra infância ou então um animal de estimação, daqueles que era tratado como gente. A dor de ter de matar a “Baleia”, a cadelinha de “Vidas Secas”, era exatamente essa. Ela havia deixado de ser um animalzinho e já se transformara em gente. É no contato com a morte do outro que buscamos algum sentido para nossa vida e a nossa morte. É disso que trata a música “Canto Para Minha Morte”, transcrita a seguir, de Raul Seixas:

Eu sei que determinada rua que eu já passei,
Não tornará a ouvir o som dos meus passos
Tem uma revista que eu guardo há muitos anos
E que nunca mais eu vou abrir

Cada vez que eu me despeço de uma pessoa
Pode ser que essa pessoa esteja me vendo pela ultima vez
A morte, surda, caminha ao meu lado
E eu não sei em que esquina ela vai me beijar
Com que rosto ela virá?
Será que ela vai deixar eu acabar
o que eu tenho que fazer?
Ou será que ela vai me pegar
no meio do copo de uísque
Na música que eu deixei para compor amanhã?
Será que ela vai esperar eu apagar
o cigarro no cinzeiro?
Virá antes de eu encontrar a mulher,
a mulher que me foi destinada,
E que está em algum lugar me esperando
Embora eu ainda não a conheça?
Vou te encontrar vestida de cetim,
Pois em qualquer lugar esperas só por mim
E no teu beijo provar o gosto estranho
Que eu quero e não desejo
,mas tenho que encontrar
Vem, mas demore a chegar.
Eu te detesto e amo morte, morte, morte
Que talvez seja o segredo desta vida
Morte, morte, morte que talvez
seja o segredo desta vida
Qual será a forma da minha morte?
Uma das tantas coisas
que eu não escolhi na vida?
Existem tantas... um acidente de carro.

O coração que se recusa
a bater no próximo minuto
A anestesia mal aplicada.
A vida mal vivida, a ferida mal curada,
a dor já envelhecida
O câncer já espalhado e ainda escondido,
ou até, quem sabe
Um escorregão idiota, num dia de sol,
a cabeça no meio-fio...
Oh morte, tu que és tão forte,
Que matas o gato, o rato e o homem
Vista-se com a tua mais bela roupa
quando vieres me buscar
Que meu corpo seja cremado
e que minhas cinzas alimentem a erva
E que a erva alimente outro homem como eu
Porque eu continuarei neste homem
Nos meus filhos, na palavra rude
Que eu disse para alguém que não gostava
E até no uísque que eu
não terminei de beber aquela noite...
Vou te encontrar vestida de cetim,
Pois em qualquer lugar esperas só por mim
E no teu beijo provar o gosto estranho
que eu quero e não desejo,
mas tenho que encontrar
Vem, mas demore a chegar.
Eu te detesto e amo morte, morte, morte
Que talvez seja o segredo desta vida

A primeira descoberta sobre a morte diz respeito ao seu caráter de irreversibilidade. Não podemos desfazer o que a situação da morte cria nem recuperar a condição de vivos quando adentramos o reino da morte. A irreversibilidade sinaliza para os projetos que serão irremediavelmente interrompidos. É este o sentido do desconhecido apontado pelo compositor Raul Seixas em sua música. Além de não poder regressar ao ponto de partida, a morte nos apresenta uma experiência da qual não podemos voltar para contar aos outros. Assim, ela sinaliza a necessidade de nos prepararmos para ela. Por isso, a fantasia de pensar como vai acontecer. Note bem, o leitor, que a princípio poderíamos pensar que Raul Seixas está sendo mórbido, obsessivamente preocupado com as possíveis formas de como morrer.

Quem de nós, entretanto, não tem essa preocupação? Parece algo que faz parte da nossa condição humana. Somos seres humanos, entre outras características, porque sabemos que um dia iremos morrer. Talvez venha daí a necessidade que sempre tivemos de dar uma face minimamente humana à morte quando a idealizamos como um homem acobertado por um manto e capuz, por exemplo. É isso que Raul faz ao imaginar a morte como uma mulher, recurso muito utilizado pela arte. Na música, ela aparece vestida de cetim, alguém que queremos beijar, mas, ao mesmo tempo, de quem queremos nos afastar. O ritmo da melodia da música é o compasso de um tango. Bela metáfora! O tango é uma dança muito sedutora e repleta de ambigüidades, ora agressiva, ora carinhosa. Não estaria-

mos “dançando” com a morte o tempo todo? E não seria a morte portadora de todos os mistérios, algo ao mesmo tempo que nos amedronta e também nos atrai por tudo aquilo que não sabemos?

Todas as religiões sempre tiveram preocupação em explicar a morte. É o que nos sinaliza a história. Antes delas, o Homem de Neanderthal, há mais de 100.000 anos, enterrava seus mortos com suas lanças e flechas, numa clara evidência de que já imaginavam um porvir. E as pirâmides? Não são imensos túmulos? A morte faz tanto parte de nossas vidas que muitos filósofos definem o homem como um “ser para a morte”. Os poetas captaram isso com toda a sensibilidade. Vejam o que nos diz Mario Quintana:

Minha morte nasceu quando eu nasci.
Despertou, balbuciou, cresceu comigo...
E dançamos de roda ao luar amigo
Na pequenina rua em que vivi.

Ou então, Vinícius de Moraes, falando sobre o final da vida:

Resta esse diálogo cotidiano com a morte esse fascínio pelo momento a vir, quando, emocionada ela virá me abrir a porta como uma velha amante sem saber que é a minha mais nova namorada.

Essa é uma verdade que transcende o lirismo da poesia. Nunca conseguimos aceitá-la em toda sua plenitude. Sempre tivemos que lançar mão da religião, dos mitos e da filosofia para retirar da morte seu sentido natural e biológico, dotando-a de sentido humano. Antigamente essa parecia ser uma tarefa mais fácil. As pessoas tinham a morte em seu cotidiano, ela era vivenciada desde a infância. Os moribundos presidiam sua agonia, ditavam seus últimos desejos: como ocorreriam os ritos funerários, como seria seu túmulo, o que estaria inscrito nele.

Os testamentos não eram apenas documentos que repartiam bens. Eram textos de exortação moral, ou seja, a vontade do morto tentava regular a ação dos vivos, havia aquilo que os estudiosos chamavam de uma “ars moriendi”, uma arte de morrer. Essa arte era desenvolvida e aprimorada pelas instituições sociais, pela arte, literatura, religiões; de tal forma que, ante a impossibilidade de remediar a morte, os homens diante dela sabiam exatamente o que deveriam fazer. Assim, o significado da morte não se limita ao biológico, como um fato da vida humana, mas tem uma dimensão social, pois cada cultura e período histórico definem a forma de viver a morte (LELOUP, 2001).

As atitudes do homem ocidental perante a morte e o morrer, nos últimos 50 anos, modificaram-se profundamente. Embora se mantenham alguns rituais, o seu sentido original foi se esvaziando, a morte tornou-se proibida, pois na sociedade da produtividade, do progresso e juventude, não se pensa na morte e nem se fala dela, nem se escuta, nada sobre ela (MARANHÃO, 2005).

Parece que hoje em dia não há mais uma mobilização da vida coletiva em torno dessa questão que estimule a produção de uma “arte de morrer”. Na verdade, tal assunto aparece sempre pelo seu reverso, numa ânsia sem limites que estructure suas forças na produção de uma “arte de fugir” da morte. Mostra-nos o clássico filme de Bergman – “O Sétimo Selo” – que não podemos de fato fugir da morte, pois ela já está conosco desde sempre. Se antes os homens a enfrentavam, agora nos escondemos pela ilusão de ela estar controlada. Se antes haviam complexos processos socializadores que literalmente ensinavam pessoas a morrer, agora as crianças são “poupadas” ou enganadas quando querem saber mais a respeito deste tema tabu. Se o brinquedo sempre foi útil não só pela sua dimensão naturalmente lúdica como também pelo seu caráter pedagógico e dramático, cabem as perguntas: nossas crianças tiveram carrinhos funerários de brinquedo? Foram reprimidas ao reproduzir ritos funerários quando da perda de animais de estimação? Puderam presenciar parte significativa das vivências de perdas de adultos mais velhos?

Assim, discutir sobre a morte não significa adquirir um gosto mórbido pelo viver nem assumir uma perspectiva negativa diante das coisas. Trata-se de rever um aspecto da existência que todos teremos de vivenciar e, portanto, devemos nos preparar para tal. Segundo Ariès, (2003, p.238), *antigamente, a morte era uma tragédia – muitas vezes cômica – na qual se representava o papel daquele que vai morrer. Hoje, a morte é uma comédia – muitas vezes dramática – onde se*

representa o papel daquele que não sabe que vai morrer. Essa visão negativa associada à morte é uma decorrência da nossa incapacidade de falar e de lidar com a morte e o morrer.

Poderíamos perguntar se “morte” e “morrer” são a mesma coisa. Quando falamos em morte, dizemos respeito a um processo que atinge indiscriminadamente todos os seres vivos. Neste sentido, estamos irmanados a uma bactéria. Ela, na qualidade de entidade biológica, também morrerá, mas a morte como ato de morrer se expressa de forma diferenciada. Podemos pensar numa pessoa muito rica morrendo de desnutrição? Tal evento pode até acontecer, mas em situações-limite (como no caso da anorexia). A morte por desnutrição é fruto da miséria, de sociedades que não conseguem tornar equânime o acesso aos seus bens materiais e espirituais. Da mesma forma, é muito difícil imaginar que uma criança, filha de pessoas ricas, morra de desidratação. Da mesma forma, a tendência de ricos morrerem mais velhos e de doenças crônico-degenerativas, quando comparados aos pobres, é um dado que pode ser obtido nos estudos de epidemiologia. Todos morreremos um dia, mas a forma como morremos diz respeito a classe social, estilo de vida, possibilidades de acesso às coisas que são produzidas, nível educacional etc.

Outro ponto importante é o significado das perdas para cada pessoa. Podemos entendê-las aqui como significando ser privado da presença de alguém pela sua morte e, portanto, relacionada a um estado de luto. O luto inclui a lenta readaptação à realidade, a necessidade de renovar os vín-

culos com o mundo externo, reexperimentando a perda e, por meio dela, buscando a reconstrução do mundo interno.

Não há crescimento sem dor e conflito. Não há perda que não tenha compensações. É difícil, entretanto para aqueles que têm de enfrentar a perda de uma pessoa significativa, aceitar isso.

Alguns estudiosos acentuam que os membros familiares reagem de modo diferente à perda de pessoas queridas por uma doença crônica ou por uma doença repentina e grave. Argumentam que, quanto mais longa é a doença, maior é a possibilidade de falar sobre a morte. Assim, torna-se mais fácil enfrentá-la (PY e OLIVEIRA, 2004).

O processo do luto busca a cura de uma ferida. Paradoxalmente, contudo, nesse mesmo luto, a causa do trauma, que é a perda da pessoa amada, não é esquecida, pois a dor do luto se manifesta a qualquer momento. O enlutado é um símbolo temido por todo ser humano, porque nos remete ao que todos teremos de enfrentar um dia.

O ser humano tem vaga sensação desta perda. Serão necessários meses, talvez anos, para que a pessoa elabore e compreenda a verdadeira extensão da perda, atravessando algumas fases que caracterizam aspectos de ordem física, psicológica, emocional, social e espiritual (KUBLER-ROSS, 2000).

Esses aspectos são vivenciados de forma diferente para cada pessoa, dependendo da maneira de perceber a sua existência e a morte, mas haverá quase sempre um grau de sofrimento pela ausência de quem partiu, repercutindo no Ser total.

No tocante às manifestações no plano psicológico, passada a fase inicial da dor, que é relativamente curta, inicia-se um período mais longo, de intenso sofrimento psíquico. O choro e a lamentação tornam-se presentes, bem como mudanças bruscas de temperamentos: queixas, desconfortos físicos, letargia, atividade exagerada, regressão, ansiedade pela separação, desespero e raiva.

Após esses momentos, segue-se o que se chama “o final” do luto. Algumas vezes o choro e a saudade persistem durante muito tempo. Esse fim significa um grau importante de recuperação, aceitação e adaptação. Restauram-se a estabilidade emocional, a energia, a esperança, a capacidade para sentir prazer e investir na vida. Aceita-se, portanto, o fato de que os mortos não voltarão nesta vida.

Para ajudar a superar esse luto, é necessário que não se cultive o passado, conservando objetos de quem partiu. Com esse procedimento, pois, cultiva-se a imagem de um morto e anula-se a vida de quem a conserva. É claro que não deverá ocorrer a destruição de tudo aquilo que pertenceu ou recorda a pessoa que partiu. O importante é não se fixar nas recordações, deixando de viver o presente, o que é unicamente concreto na vida.

Cumpra, portanto, ao indivíduo a aceitação do próprio destino, das próprias perdas e lutos, enfim da sua existência (RINPOCHE, 1999). Quanto mais próximo o indivíduo se sentir da auto-realização, mais facilmente ele aceitará a própria condição mórbida e o seu fim, sem muito sofrimento.

Aqui chegamos a uma definição de “Tanatologia”. A palavra vem de “Thanatos”, divindade grega da morte, irmão do “Sono”. A expressão “logia” vem de logos (estudo). Sendo assim, uma definição possível para a Tanatologia seria a de ciência que estuda as atitudes que o homem tem diante da morte e do morrer. Essa definição pode parecer estranha a princípio quando, olhando a nossa volta, imaginamos a expressão “atitude” como a ação que veríamos quando as pessoas sabem da morte e participam dos rituais fúnebres. É isso, mas também é muitas outras coisas. Atitude aqui implica também “pensamento”, “subjetividade”, “arte”, “cultura”, “religião”, “literatura”, “comportamento”. Assim, a Tanatologia tem interesse por todas as ações e representações que o homem realiza quando elabora questões relacionadas à morte e ao morrer.

Convém destacar a idéia de que, entre as muitas atitudes diante da morte e do morrer, o medo é sem dúvida a mais comum. Para o trabalhador de saúde esse é um aspecto muito importante, ajudando a entender por que, muitas vezes, é tão difícil manter uma comunicação saudável com o paciente fora de possibilidades terapêuticas. Neste caso, o paciente transforma-se simbolicamente no objeto de maior temor. O despreparo para lidar com a própria morte implica relativa incapacidade para se lidar com a morte do outro. Vamos então discutir por que a morte é tão amedrontadora.

Leloup (2001) nos levam a pensar sobre o tabu da morte na nossa sociedade, convidando-nos a refletir sobre a sua relação com o preconceito da intimidade. Para eles, a mor-

te de nossos membros familiares, amigos e colegas é dissimulada, escondida, despojada com demasiada freqüência de sua dimensão humana. Essa morte é íntima porque nos atinge, nos fere no mais profundo de nós mesmos, porque sentimos a necessidade de nos abrir para aqueles que amamos a fim de reencontrá-los ainda mais profundamente, interior porque ela nos aproxima de nossos sentimentos, é essa a morte que é tabu.

É necessário conhecer suas diversas significações da morte, bem como alguns medos que a acompanham. A imprevisibilidade e inevitabilidade da morte é o que atemoriza a maioria das pessoas (entre os maiores medos no processo de morrer está o medo de sofrer, de ter grandes dores, de preocupar e sobrecarregar a família com ônus emocional e financeiro (KOVÁCS, 2003). Talvez o que faz com que muitas pessoas tenham medo e se sintam incapazes de ajudar e apoiar alguém que está morrendo seja a lembrança e o medo de sua própria morte (BELLATO, 2005).

O fato do homem ser o único animal que sabe que vai morrer provoca o que os filósofos existencialistas chamam de solidão extrema. Embora todas as pessoas morram, tanto a minha morte como a sua são eventos absolutamente pessoais. Ninguém pode viver a morte um do outro. Além disso, a morte provoca as amputações afetivas. O preço que pagamos por permanecermos vivos é a convivência cotidiana com a morte. Em parte, essa convivência acontece de forma abstrata pois, na maioria das vezes, quando presenciamos a morte, a vemos como um evento distante,

jornalístico ou artístico. Quando ouvimos na TV que ocorreu mais um atentado no Oriente Médio, a probabilidade de conhecermos uma das vítimas é muito remota. Nos filmes, a morte é vivenciada no seu limite mais dramático e elaborado, conseqüência quase sempre de conflitos que oferecem dinamismo à estória. O problema real da morte é quando ela se apresenta como evento concreto, quando perdemos alguém próximo. Normalmente, diante deste fato, tendemos a expressar o luto com emoção. É deste sofrimento oriundo da morte que queremos a todo custo escapar, já que não tencionamos enfrentar a perda de quem amamos. Evitar os sentimentos dolorosos, no entanto, é rejeitar a própria vida, pois promove a perda do envolvimento real com o que acontece conosco, tornando, deste modo, a morte excluída da vida humana.

A morte também sinaliza às perdas das possibilidades. Significa dizer que, em algum momento, teremos uma atividade interrompida de forma inesperada. Os receios vão, assim, desde preocupações com perdas (do corpo, da capacidade de cuidar de si e dos seus, da oportunidade de completar planos e projetos) à falta de controle sobre a própria vida e isolamento social, solidão e da possível institucionalização – isolamento. Durante a vida toda temos que, de forma gradual e, noutras ocasiões, de modo repentino, abrir mão de coisas. Nossos corpos se desgastam, o envelhecimento produz a perda gradativa de capacidades.

Significa dizer que, a todo instante, a vida nos lembra que a morte se aproxima, quer gostemos ou não dessa idéia.

Lembrar das perdas graduais significa ter que evocar a perda definitiva de nós mesmos que a morte representa. Esses episódios de perdas cotidianas também fazem da vida, ao longo de seu curso, momentos ou períodos marcantes que precisamos deixar para trás, pensamentos, amigos, formas de nos perceber, antigos objetos etc. para dar lugar ao novo que surge. O texto seguinte nos lembra que a vida se faz de momentos que atravessamos no decorrer do tempo em diferentes fases:

Estação das Perdas

Há horas em nossa vida que somos tomados por uma enorme sensação de inutilidade, de vazio.

Questionamos o porquê de nossa existência e nada parece fazer sentido.

Concentramos nossa atenção no lado mais cruel da vida, aquele que é implacável e a todos afeta indistintamente: As perdas do ser humano.

Ao nascer, perdemos o aconchego ,
a segurança e a proteção do útero.

Estamos, a partir de então, por nossa conta.

Sozinhos.

Começamos a vida em perda e nela continuamos.

Paradoxalmente, no momento em que perdemos algo,
outras possibilidades nos surgem.

Ao perdermos o aconchego do útero,
ganhamos os braços do mundo.

Ele nos acolhe: nos encanta e nos assusta,
nos eleva e nos destrói.
E continuamos a perder e seguimos a ganhar.
Perdemos primeiro a inocência da infância.
A confiança absoluta na mão que segura nossa mão,
a coragem de andar na bicicleta sem rodinhas
por que alguém ao nosso lado nos assegura
que não nos deixará cair...
E ao perdê-la, adquirimos a capacidade de questionar.
Por que? Perguntamos a todos e de tudo.
Abrimos portas para um novo mundo e fechamos janelas,
irremediavelmente deixadas para trás.
Estamos crescendo.
Nascer,
crescer,
adolescer,
amadurecer,
envelhecer,
morrer
Vamos perdendo aos poucos alguns
direitos e conquistando outros.
Perdemos o direito de poder chorar bem
alto, aos gritos mesmo, quando algo
nos é tomado contra a vontade.
Perdemos o direito de dizer absolutamente
tudo que nos passa pela cabeça sem
medo de causar melindres.
Assim, se nossa tia às vezes nos parece gorda
tememos dizer-lhe isso.

Receamos dar risadas escandalosamente da
bermuda ridícula do vizinho ou puxar as
pelanquinhas do braço da vó com a
maior naturalidade do mundo e ainda
falar bem alto sobre o assunto.

Estamos crescidos e nos ensinam que não
devemos ser tão sinceros.

E aprendemos.

E vamos adolescendo
ganhamos peso,
ganhamos, seios,
ganhamos pelos,
ganhamos altura.
ganhamos o mundo.

Neste ponto, vivemos em grande conflito.
O mundo todo nos parece inadequado
aos nossos sonhos
ah! os sonhos!!!

Ganhamos muitos sonhos.
Sonhamos dormindo,
sonhamos acordados,
sonhamos o tempo todo.

Aí, de repente, caímos na real!

Estamos amadurecendo, todos nos admiram.

Tornamo-nos equilibrados, contidos, ponderados.

Perdemos a espontaneidade.

Passamos a utilizar o raciocínio, a razão acima de tudo.

Mas não é justamente essa a condição que nos coloca
acima (?) dos outros animais?

A racionalidade, a capacidade de organizar nossas ações

de modo lógico e racionalmente planejado?
E continuamos amadurecendo ganhamos um carro novo,
um companheiro, ganhamos um diploma.
E desgraçadamente perdemos o direito de gargalhar,
de andar descalço, tomar banho de chuva,
lamber os dedos e soltar pum sem querer.

Mas perdemos peso!!!

Já não pulamos mais no pescoço de quem amamos
e tascamos - lhe aquele beijo estalado,
mas apertamos as mãos de todos,
ganhamos novos amigos,
ganhamos um bom salário,
ganhamos reconhecimento,
honorarias,
títulos honorários e
a chave da cidade.

E assim, vamos ganhando tempo.
enquanto envelhecemos.

De repente percebemos que ganhamos algumas rugas,
algumas dores nas costas (ou nas pernas),
ganhamos celulite, estrias, ganhamos peso.
e perdemos cabelos.

Nos damos conta que perdemos
também o brilho no olhar,
esquecemos os nossos sonhos,
deixamos de sorrir.
perdemos a esperança.
Estamos envelhecendo.

Não podemos deixar pra fazer algo

quando estivermos morrendo.
afinal, quem nos garante que haverá mesmo
um renascer, exceto aquele que se faz em vida,
pelo perdão a si próprio, pelo compreender que
as perdas fazem parte, mas que apesar delas,
o sol continua brilhando e felizmente
chove de vez em quando,
que a primavera sempre chega após o inverno,
que necessita do outono que o antecede.
Que a gente cresça e não envelheça simplesmente.
Que tenhamos dores nas costas e alguém que as
massageie.
Que tenhamos rugas e boas lembranças.
Que tenhamos juízo mas mantenhamos o bom humor
e um pouco de ousadia.
Que sejamos racionais, mas lutemos por nossos sonhos.
E, principalmente, que não digamos apenas eu te amo,
mas ajamos de modo que aqueles a quem amamos,
sintam-se amados mais do que saibam-se amados.
Afinal, o que é o tempo?
Não é nada em relação a nossa grande missão.
E que missão!
Que missão? Não uma pregressa...
Mas a que você acaba de decidir tomar nas mãos!
Fique em Paz!

(Aila Magalhães)

Antes a pessoa se achava preparada para o enfrentamento da questão básica de sua vivência de passagem. Hoje, com o fim das explicações gerais sobre a morte, ela deixou de ser um terreno exclusivo da religião transformando-se em mais um dos objetos da ciência. A ciência mesma é a grande fonte de nossas dúvidas e certezas, pois ela é que garante possibilidades de vida maior e mais segura. O problema é que a ciência não debelou aquilo considerado o mal maior: a morte. Ora, é a ciência com seu complexo quadro de saberes que assevera a finitude como absoluta e, ao mesmo tempo, tenta nos instrumentalizar contra a morte a partir da noção de microorganismo, dos procedimentos higiênicos, das práticas de anestesia que revolucionaram a cirurgia, da farmacologia e seu arsenal cada vez mais eficiente de drogas “miraculosas”. Todo esse conhecimento criou a ilusão de que a morte pode ser detida indefinidamente, originando aquilo que muitos estudiosos chamam de “fantasia de onipotência” dos profissionais de saúde.

Essa onipotência é destruída diante da morte, pois os saberes falham à proporção que o moribundo sinaliza seus limites. Aqui nos defrontamos com outro motivo do afastamento das pessoas que estão morrendo. Em parte, queremos delas nos desligar não só porque representam a morte, mas também, porque ferem nossas vaidades ao negarem a eficiência absoluta do saber que utilizamos.

Com as mudanças na forma de o homem ocidental lidar com a finitude, contudo, a morte muda de lugar, o processo de morrer passa a coexistir no hospital e os cuida-

dores se tornam os principais agentes neste enfrentamento cotidiano, em certas situações, confrontando seus princípios, valores, dificuldades próprias de lidar com as limitações de sua conduta, os sentimentos de impotência e perda do lugar daquele que oferece a cura.

Capítulo 2

O PROFISSIONAL DA SAÚDE DIANTE DA MORTE

Parece óbvio acentuar que todos deveríamos desejar o bem-estar das pessoas. Este é o dever fundamental de todo ser humano. No caso dos profissionais de saúde, este dever ético é impregnado pela ação técnica e pelo conhecimento que lhe dá sustentação, consubstanciada pela competência humana, que implica uma atitude de cuidado, acolhimento, vínculo e responsabilização por quem assistimos na prática cotidiano dos serviços. Embora não se constitua algo livremente escolhido pelos trabalhadores, eles tendem a se afastar dos moribundos.

Na maior parte das vezes, isso acontece pela mistura trágica do medo e da desinformação com os processos inconscientes (determinadas forças que atuam em nossa mente sem que tenhamos clareza de sua presença e existência). Outras vezes, decorre da impossibilidade de manifestar suas emoções quando se deparam com alguém que está morrendo.

Assim, esse processo não ocorre por “maldade latente”. Tomar consciência dele é de fundamental importância para que possamos lidar melhor com o paciente e, dessa

forma, conviver melhor com nossas limitações e medos. Para tanto, ele precisa cuidar adequadamente das suas próprias questões emocionais.

Aqui precisamos nos deter nos conceitos de **eutanásia** e **distanásia**. A expressão “eutanásia” quer dizer “boa morte” em grego. Durante séculos, o homem foi capaz de sua prática por entender que diante do sofrimento da morte (em particular as dores físicas intensas provocadas por algumas doenças), era lícito abreviar a dor, provocando a morte diretamente.

Os cavaleiros medievais portavam uma pequena lança ao lado das selas dos cavalos chamada de “misericórdia”, usada para abreviar o sofrimento dos companheiros feridos mortalmente. Fazia parte das antigas artes médicas o preparo de poções que induziam os pacientes à morte. Com o desenvolvimento da Medicina e com a implementação da visão cristã de mundo, tal prática passou a ser considerada inaceitável (LANA 2004).

É lícito pensarmos, entretanto, na **eutanásia passiva**, situação na qual o paciente vem a morrer pela suspensão de tratamentos que, em vez de produzirem melhora terapêutica, só aumentariam desnecessariamente o tempo de vida sem nenhuma implementação da sua qualidade. Em outras circunstâncias, a morte pode ser apressada pelo uso de substâncias que têm o objetivo primário de reduzir a dor e o sofrimento, como no caso da sedação. Nesta circunstância, também nos estamos referindo à eutanásia passiva,

na medida em que a sedação não é usada diretamente para abreviar a vida e sim para reduzir o sofrimento.

Em muitas ocasiões, seja pela pressão da família ou pela obstinação do terapeuta em continuar atuando indefinidamente, a vida do paciente pode ser aumentada, sem que haja qualquer benefício prático para ele mesmo, aumentando a dor e o sofrimento. Aqui estamos nos reportando à **distanásia**. Se antes os médicos estavam ao lado do paciente em seu leito e eram quase sempre acompanhantes do desenvolver da doença, a crescente capacidade de intervir parece não sinalizar claramente em que momento precisa começar a atuar, para, novamente, acompanhar a chegada da morte como conseqüência da vida. Esse foi um dos aspectos perdidos na relação do homem contemporâneo com a morte. Ela deixou de ser vista como um evento natural da vida e passou a ser significada como “doença”, “maldição”, “ato vergonhoso” etc.

Compartilhamos agora de algumas questões que, acreditamos, deve acompanhar sempre os trabalhadores de saúde quando pensam a questão da morte. Ao negar a morte, não estaríamos deixando de ver nossos pacientes em suas necessidades mais básicas, inclusa a necessidade de morrer em conforto? Estamos na verdade buscando curar a doença ou queremos na verdade “curar” a morte? Nossa tecnologia médica não está querendo assumir os espaços antes deixados à religião? Em que momento nossos saberes e práticas terapêuticas podem se transformar em instrumentos de tortura?

Assim, o cuidado deve acompanhar os dois extremos da vida. Da mesma forma que nos sentimos motivados a cuidar de um bebê, devemos nos motivar a oferecer todo o conforto material e espiritual que alguém precisa perante a experiência da própria morte para que, um dia, outra pessoa tenha a mesma motivação para cuidar de cada um de nós. É injusto e eticamente condenável que no final da vida muitas pessoas se sintam abandonadas e solitárias ao enfrentar a própria morte. Para tal empreitada, temos de pensar na morte, pois essa é uma das maneiras de se perceber a vida como um bem precioso, quando os momentos vistos como banais adquirem na verdade sua real magnitude.

É evidente dizer que alguém que esteja lendo este texto não gostaria de morrer sozinho. Uma maneira de refletirmos sobre a forma como estamos atendendo os pacientes fora de possibilidades terapêuticas é pensar que, se estivéssemos do outro lado, gostaríamos da maneira do atendimento e se não existiriam outras maneiras mais humanas de atenção. Para atender pessoas que estejam morrendo, temos de refletir sobre a própria mortalidade, o que, a princípio, pode ser algo doloroso, mas, de fato, é um processo existencial que nos conduz a viver melhor na medida em que questionamos os rumos de nossa vida. Estar ao lado do paciente pode escancarar medos e angústias que precisam ser compreendidos com cuidado, pois o virtual sofrimento diante da morte enfrentado pelo paciente fará o profissional pensar: “e se fosse eu ou alguém mais próximo?”

Nestes momentos é importante que você possa ter alguém para conversar. Não é vergonhoso se sentir triste e cheio de dúvidas. Quando você menos perceber notará que seu medo na verdade é o medo de todo mundo. É essa compreensão que permitirá você cuidar melhor do paciente na medida em que, em parte, a dor dele é também a sua dor, algo inerente ao fato de todos sermos humanos. Nessa hora a morte deixa de ser apenas um fenômeno biológico e passa a ser um evento biográfico, pois envolve sempre a vida de alguém dotado de medos, anseios, dúvidas e conflitos.

Pensar na morte, então, nos fará refletir sobre a vida não mais como um conjunto de sinais vitais que devemos monitorar, mas como um instrumento que nos permita sempre apreciar as belezas do mundo. Neste sentido, muitas vezes as pessoas estão “mortas” mesmo que sejam preservados seus sinais vitais, pois a vida já se foi há muito tempo, embaçada pela dor, pelo sofrimento e pela inconsciência. Compreender nossos limites ante a atuação sobre o paciente não é assumir a idéia de que somos incapazes ou incompetentes. Não podemos deixar que a vaidade tome conta do nosso lidar com a vida dos outros. Tomar consciência dos limites é, antes de tudo, trabalhar pela vida e não pela morte. Precisamos elaborar uma nova visão da morte como complemento da vida e não como sua inimiga. Vida e morte formam uma totalidade, elas são duas faces da mesma moeda que é a existência. Para viver plenamente a vida, é necessário aceitar a morte como condição.

Durante muito tempo, o homem se viu diante da amargura em relação à morte como bem ilustra Clarice Lispector, ao afirmar que *é uma infâmia nascer para morrer não se sabe quando nem onde*. Outras vezes, estamos diante do absurdo de sua possibilidade que, repentinamente, se realiza como dizia Goethe: *a morte é uma impossibilidade que, de repente, se torna realidade*. Outras tantas, a morte nos força a buscar o porvir como nos avisa Quintana em seu poema intitulado *Inscrição para um Portão de Cemitério*:

*Na mesma pedra se encontram,
Conforme o povo traduz,
Quando se nasce - uma estrela
Quando se morre - uma cruz.
Mas quantos que aqui repousam
Hão de emendar-nos assim:
"Ponham-me a cruz no princípio...
E a luz da estrela no fim!"*

Temos de continuar essa busca. Neste sentido, a morte é uma grande professora que, diante do seu mais absoluto mistério, nos seduz à busca de soluções. Independentemente de onde esteja a verdade, se é que ela está em algum lugar, cabe nesse instante reaver acordos provisórios. Na qualidade de trabalhadores da saúde, não podemos nos esconder da necessidade dessa busca, sob pena de condenarmos aqueles que estão morrendo a um suplicio maior do

que a própria morte. Este suplício é o abandono perante a situação mais atrativa e mais amedrontadora que encontramos nessa vida: a morte. Atrativa porque nossa curiosidade nos impele a buscar a grande descoberta sintetizada na pergunta: “*existe alguma coisa do outro lado?*”. Amedrontadora porque, existindo algo ou não, sempre tememos o que não conhecemos. Pode parecer estranho, mas talvez sintamos um pouco de inveja daqueles que partem antes de nós, pois eles estarão produzindo a solução desse mistério. Quando o momento chegar, é bom ter alguém do lado que segure nossa mão ou nos ajude a recitar alguma oração. Fugir nessa hora é fugir da nossa própria humanidade. Fugir da morte do outro é fugir da própria vida!

Capítulo 3

“APELO” À RE- HUMANIZAÇÃO DA MORTE

O avanço técnico da Medicina foi um importante fator para que a morte na sociedade ocidental passasse a ocorrer no espaço hospitalar, em vez da casa. A sociedade contemporânea afastou as crianças dos entes queridos no momento da morte, criando nelas as raízes de seu medo irracional, por vezes definitivo (MARANHÃO, 2005). Neste modo moderno de morrer o doente fica entregue nas mãos do médico com poucas possibilidades de conhecer o que se passa consigo e quais suas chances e opções terapêuticas, sendo assim silenciados, família e paciente.

Tem-se observado, no entanto, que o desenvolvimento tecnológico e os esforços dos profissionais possibilitam o prolongamento da vida dos pacientes, mas nem sempre essas ações são acompanhadas de uma ajuda ao morrer. A morte tornou-se um ato solitário, impessoal e “desumano”. Às vezes é até mesmo difícil determinar tecnicamente a hora exata em que ocorreu a morte. O paciente, não raro, é removido de seu ambiente familiar e levado às pressas para uma sala de emergência. Na maioria das vezes, morrer é algo que acontece no hospital e o moribundo, freqüente-

mente, já está inconsciente. O apoio espiritual geralmente só acontece após a morte. Mesmo que o paciente preserve sua consciência, sua fala é sistematicamente situada em segundo plano, seus desejos e necessidades acabam subordinados a todos os processos coletivos que envolvem a negação da morte e do morrer.

Nos dias mais atuais – década de 1970 e 1980 – surgiram movimentos pelos direitos do paciente, entre eles o direito de morrer com dignidade. Observa-se uma mudança gradual de processo escondido e silencioso para uma atitude de se discutir a morte de modo mais aberto e, por decorrência, reaver a voz do moribundo como partícipe efetivo da própria morte.

Para alguns autores, mesmo com as atuais reivindicações de um morrer digno, o enfrentamento desta situação ainda é, de algum modo, escondido e negado. Este fato torna-se expresso nos seguintes comportamentos: o velório acontece em locais apropriados, normalmente administrados por empresas funerárias, e não mais em casa; as manifestações de tristeza são contidas, o luto dos familiares dura pouco tempo e a vida rapidamente retorna às rotinas tidas como normais. Acrescente-se ainda o morrer dentro dos hospitais que também ocorre às ocultas, os familiares têm pouco acesso ao moribundo e até as palavras utilizadas demonstram a negação da situação: o paciente já não morre; ele “vai ao óbito”, “se perde na mesa” ou “expira”. (BELLATO, 2005; MARANHÃO, 2005). À medida que se designa a morte como algo impessoal, e os mortos como

coisas, contribui-se para encobrir esse fenômeno como fase natural da existência.

Um importante avanço em direção a uma morte digna, tem ocorrido por meio do movimento de cuidados paliativos deflagrado por SAUNDERS; BAINES e DUNLOP (1995), expandido, sobretudo, a partir de 1970, em função de duas mudanças sociais: a primeira refere-se ao crescimento de um consumo vinculado à redescoberta do natural, na alimentação, nos cuidados da saúde, no estilo de vida, a visão de questões ecológicas/ambientais e até nos cuidados do morrer. A segunda, em razão do crescente interesse no meio acadêmico e entre profissionais da saúde e sociedade, como uma reação contra a “medicalização” da morte.

Como nos alerta Ziegler (1977), uma das expressões do biopoder é o que ele chama de “tanatocracia”, um conjunto de práticas especializadas que regula como a morte se expressa e, muitas vezes, até o momento em que ela deve acontecer. Apesar de reconhecida em alguns países como uma especialidade de Medicina, a exemplo da França, Estados Unidos e Inglaterra, no caso do Brasil existe uma Associação Nacional de Cuidados Paliativos, mas sem o devido reconhecimento (PESSINI, 2003).

Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu os cuidados paliativos como sendo o “cuidado ativo e total dos pacientes cuja enfermidade não responde mais aos tratamentos curativos. Controle da dor e de outros sintomas, entre outros problemas sociais e espirituais, é da maior importância. O objetivo dos cuidados paliativos é atingir a melhor

qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias” (BRASIL, 1991). Essa modalidade valoriza os desejos e a autonomia do enfermo, e o diálogo entre os agentes sociais envolvidos no processo de morrer, a escolha de procedimentos e despedida das pessoas, tudo com suporte interdisciplinar.

Outro fator também se apresenta no plano nacional pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2005), que afirma o compromisso com a subjetividade nas práticas de atenção e gestão. Na saúde pública, no tocante ao reforço no campo da cidadania, o Ministério da Saúde aprovou a Carta de Direitos do Paciente (PASSOS, 2006). No âmbito local, o Estado do Ceará foi uma das primeiras unidades federadas a lançar o Código dos Direitos do Paciente: carta da pessoa hospitalizada no SUS – Ceará em 2005 (Ceará, 2005, p. 11 e 12), preconizando no art. 30 que é permitido ao paciente *aceitar ou recusar o uso de tratamentos dolorosos e extraordinários, mesmo que seja para prolongar a vida*; no art. 33: *se em estado terminal, ter uma assistência respeitosa, apoiada, generosa e afetiva diante da morte* e no art. 34: *ter sua dignidade respeitada plenamente após a morte, devendo seus familiares ou responsáveis serem avisados imediatamente após o óbito*.

Alguns cuidados são recomendados para tornar a pessoa em decurso de morrer mais autônoma, permitindo uma “boa morte”, na qual é imprescindível considerar os desejos do paciente e da família, a tomada de decisões. Para isso é fundamental que se aplique o direito às informações e se aprimore a relação profissional-paciente.

Esses aspectos se relacionam com os direitos dos pacientes de modo geral, como dignidade e privacidade, alívio da dor e sintomas, suporte emocional e espiritual, se solicitado, acesso a informações e tratamento digno, incluindo outros peculiares à situação: saber quando a morte está chegando e compreender o que deve ser esperado; estar em condição de manter o controle sobre o que ocorre; controle sobre quem está presente no final da vida, ter tempo para dizer adeus e estar apto para partir quando for o momento, de modo que a vida não seja prolongada indefinidamente (CEARÁ, 2005).

Convém lembrar os doze princípios para uma boa morte, publicados pela primeira vez por uma revista médica inglesa em 2000, conforme Menezes (2004):

1. *Saber quando a morte está chegando e compreender o que deve ser esperado;*
2. *Estar em condições de manter controle sobre o que ocorre;*
3. *Poder ter dignidade e privacidade;*
4. *Ter controle sobre o alívio da dor e demais sintomas;*
5. *Ter possibilidade de escolha e controle sobre o local da morte (na residência ou em outro local);*
6. *Ter acesso à informação e aos cuidados especializados de qualquer tipo que se façam necessários;*
7. *Ter acesso a todo tipo de suporte espiritual ou emocional, se solicitado;*
8. *Ter acesso a cuidados paliativos em qualquer local, não somente no hospital;*

9. *Ter controle sobre quem está presente e quem compartilha o final da vida;*
10. *Estar apto a decidir as diretivas que assegurem que seus direitos sejam respeitados;*
11. *Ter tempo para dizer adeus e para ter controle sobre outros aspectos;*
12. *Estar apto a partir quando for o momento, de modo que a vida não seja prolongada indefinidamente.*

Em alguns hospitais essas questões são discutidas e novas práticas ensaiadas. O modelo biomédico hegemônico, no entanto, que reduz a morte a fato biológico e patológico, subordina formas de atenção usuário-centrada, oferecendo, na prática cotidiana dos serviços, limitações a uma “boa morte”. Essa constatação nos leva à busca de debater e formular novas práticas que tenham o usuário como foco da sua mortalidade e não mais os ritmos institucionais e/ou as necessidades práticas da equipe. Trata-se de sinalizar com o máximo de clareza que o moribundo é o senhor de sua finitude e, dessa forma, mobilizar o máximo de energias para que sua morte possa ser efetivamente amparada a partir da óptica de quem está morrendo.

Grande desafio neste caminho é a formação profissional, de modo que propicie uma transformação nas maneiras de perceber a morte, incluindo-a como dimensão da vida com expressão da totalidade biológica, psicológica, social, cultural, política e espiritual das pessoas para melhor qualidade de vida no tempo que lhes resta. O estabeleci-

mento de uma relação singular e personalizada com a pessoa doente e sua morte iminente se torna imprescindível, sendo, para isso necessário que o agente do cuidado seja treinado com fins de valorização da vida por meio de um contato com sua sensibilidade.

3.1 Nova atitude diante da morte

No cotidiano dos cuidados em saúde, é preciso que se adotem novas atitudes, que levem a uma re-humanização do processo de morrer. Para esta empreitada, torna-se importante considerar a elaboração de algumas mudanças nas formas atuais de lidar com a morte e o morrer, que envolvem:

3.1.1 Respeito às necessidades espirituais e direitos do paciente

A fé é uma forma de auxílio, um amparo que oferece conforto, sendo importante suporte. Ela permite uma aproximação com o sagrado que conforta e oferece força para suportar a dor às vezes insuportável da perda de quem amamos.

O momento da morte muitas vezes é vivenciado como de intensa necessidade espiritual. Hoje em dia, boa parte dos espaços hospitalares acham-se secularizados. Não cabe

neste texto avaliar criticamente essa mudança mas sinalizar a idéia de que se o paciente expressar a necessidade de vivências espirituais, isso deve ser respeitado pela equipe, pois constitui-se em direito do paciente (CEARÁ, 2005), mesmo quando essa necessidade possa ser rotulada como “estranha” ou “bizarra”.

Neste aspecto, é evidente que não se trata apenas de transformar o modo da assistência mas também a maneira como a sociedade em suas manifestações culturais e simbólicas tende a significar as ações em torno da morte. De nada adiantará transformar a atitude dos profissionais se os familiares e, muitas vezes, o próprio moribundo, continuar exigindo a ação de saúde em seus moldes tradicionais.

Em algumas circunstâncias, seja pela rotina, seja pelo preconceito religioso da equipe, as necessidades espirituais do paciente podem se tornar secundárias. Aqui podemos tirar um exemplo de nossa experiência. Certa vez um paciente à beira da morte expressou a necessidade de conversar com um “pai de santo”. A equipe foi extremamente refratária, pois acreditava que a enfermaria se transformaria num “terreiro de macumba” (SIC). Argumentamos que a necessidade do paciente deveria ser respeitada e que qualquer decorrência das necessidades rituais que porventura aflorassem seriam adaptadas às necessidades da rotina hospitalar. Tudo transcorreu de uma forma a atender às necessidades do paciente, fazendo com que a equipe tomasse consciência de que era portadora de preconceito religioso.

3.1.2 Transformação da visão fragmentada para um olhar globalizante

A visão fragmentada tende a transformar a morte em mero problema técnico-operacional nas instituições hospitalares. Aqui nunca é demais salientar que a morte não é apenas uma categoria biológica. Ela é um acontecimento biográfico, faz parte da existência de cada ser humano como expressão da existência, diz respeito a um dos atributos da condição humana. Deve ficar claro ao profissional que o manejo da morte não está atrelado apenas a um protocolo de cuidados, mas diz respeito também ao cuidar de si mesmo, refere-se à necessária elaboração do morrer do outro como uma das possíveis expressões do próprio morrer.

3.1.3 Assistência à totalidade do paciente e sua família

Não se trata de curar, mas de cuidar melhor, aliviar os sintomas e conduzir o paciente a uma “boa morte”. A singularidade do paciente, como alias a de todo sujeito, não é uma categoria restrita a ela mesma. O moribundo pertence a uma família, a um complexo conjunto de organismos sociais que inclui seu espaço de trabalho, suas vivências étnicas, etárias, culturais, grupais, etc. A depender de como cada um reage à própria morte e de como os outros se opõem, todo o complexo da vida social do indi-

víduo se mobilizará coletivamente para o enfrentamento e elaboração da morte. Significa dizer que as instituições que manejam a morte dos indivíduos devem se preparar para também assimilar e dar resolubilidade as necessidades sociais que a morte engendra.

1.1.4 3.1.4 Novos espaços e tempo para a escuta

Tornou-se lugar comum a noção de que a expectativa da morte seja algo vivido em segredo pela equipe, uma verdade compartilhada com dificuldade à família e quase nunca ao paciente. A mudança desse paradigma é fundamental para que o paciente possa se transformar em senhor da sua própria morte. Isso redefinirá a forma como os vínculos em torno do cuidado se estruturam. Além disso, será importante que a família seja um partícipe efetivo desse processo, o que levará à busca de novas formas de se lidar com os familiares no espaço hospitalar. Os profissionais terão que incorporar em suas práticas a importância da escuta. Ela deverá ser coligada a todas as rotinas de cuidado, ser vista como uma de suas expressões, não mais significada de forma pejorativa por tratar-se de uma ação tida como não terapêutica. O cimento que oferece a liga de todas as ações de cuidado paliativo é a capacidade resoluta de ouvir as demandas expressas pelos pacientes e pela família, buscando oferecer níveis de resolubilidade dentro dos limites do possível.

3.1.5 Atitude solidária do profissional

Imerso nas rotinas hospitalares, os trabalhadores podem dar significado ao cuidado paliativo como algo “inútil”, “sem sentido”. Esse fenômeno é facilmente compreensível quando se nota que os currículos acadêmicos dos profissionais de saúde os preparam para o manejo de técnicas de caráter terapêutico. Não ser efetivo agente de cura, portanto, parece ser um “negador” das habilidades profissionais. Esse é um dos paradoxos oferecido pelo paciente que está morrendo. Ele, pelo seu estado de perda crescente de capacidades, exige um conjunto de ações elaboradas que, necessariamente, não irão redundar em melhorias. Sua condição final clama por uma gama de conhecimentos que se mobilizam para acompanhar o morrer.

Nesse momento é importante que o profissional reconheça sua impotência diante da morte. Aqui ele transforma a impotência em solidariedade humana, disponibilizando-se para atuar sobre todas as formas de sofrimento, transcendendo a técnica, sentindo e, de certa forma, sofrendo junto as dores da perda. Não se luta mais contra a morte e sim contra a dor em todos os seus matizes. Nas palavras de Rubem Alves, “diante da morte todos somos solitários. Amamos o médico não pelo seu saber, não pelo seu poder, mas pela solidariedade humana que se revela (...). E todos os seus fracassos (pois não estão, todos eles, condenados a perder a última batalha?) serão perdoados se, no nosso desamparo, percebermos que ele, silenciosamente, permanece e medita, junto conosco (2005, p. 15).

3.1.6 Respeito aos princípios da Bioética

A Bioética visa a ampliar para o campo da saúde toda a tradição filosófica que tenta entender e regular os princípios da ação humana, discutindo o que é o bem nesse agir e suas conseqüências para a vida de todos. Significa dizer que os profissionais de saúde devem ter a clareza de que suas atitudes não são meramente técnicas. Cada uma delas produz conseqüências diretas na vida de quem é cuidado e na vida das pessoas que estão ao lado do paciente. A percepção adequada é aquela que concebe o quanto determinada ação é boa em si mesma, na medida em que objetiva minimizar a dor e o sofrimento e, ao mesmo tempo, implementar a qualidade de vida do paciente.

Assim, todo trabalhador deve ter suas ações regidas sob o princípio da “não-maleficência”, ou seja, minhas ações não podem deliberadamente produzir o mal; além do princípio da “beneficência”, ou seja, todas as ações devem ser produzidas para o bem (bem-estar emocional e físico, minimização da dor, apoio terapêutico e/ou paliativo), Estes princípios devem ser implementadores da “autonomia” do paciente, potencializando suas necessidades, focando a ação especializada e familiar em torno destas, e devem ser aplicadas com “justiça”, ou seja, exercidas de forma igualitária e integral.

3.1.7 Humanização da ambiência para a morte?

Aqui a noção de “ambiência” extrapola a idéia tradicional de “ambiente”. Diz respeito “ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional, e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2006, p. 36).

Esta concepção produz algumas alterações na forma de organizar o ambiente do hospital. Os espaços de convivência podem ser redesenhados para se assemelharem a praças. O hospital pode ter apresentações de teatro e cinema, alguma rede de suporte comercial em suas dependências e, talvez, o mais importante, deva ser, a maior parte do tempo, um sistema aberto às necessidades rotuladas como “externas” ou “do lado de fora”. Por exemplo, os horários de visita devem ser relativizados e não tomados como regras rígidas aplicadas, visando apenas ao interesse das rotinas hospitalares e não do proveito afetivo-emocional do paciente e sua família.

O espaço arquitetônico deve também ser redimensionado no que tange à forma como as pessoas são acolhidas, observando as cores das paredes, a temperatura, a iluminação etc. Se reestruturar a ambiência é uma necessidade básica para humanizar a assistência hospitalar, é também fundamental para que o paciente, à beira da morte, possa ter uma vivência confortável e acolhedora. A visão do hospital como espaço “asséptico”, sob a égide do “reino do branco” e fechado como uma “instituição total” despersonalizante (GOFFMAN, 1974) precisa ser urgentemente superada.

Quando pensamos, porém, a ambiência hospitalar e a questão da morte, nos deparamos com uma contradição. Seria humanizar a morte nos hospitais ou tratar do direito da pessoa escolher o local onde deve morrer? Fazemo-nos este questionamento, contudo, a despeito de a morte haver sido transferida para o ambiente hospitalar, parece hoje que na maioria dos hospitais não existe uma ambiência que a assimile como um fato que exige a expressão de determinados comportamentos. Quando alguém morre, existe a tendência de que a emoção venha à tona de forma catártica. Muitas vezes, a equipe tem uma conduta inadequada ante tal expressividade. Uma das mais comuns é a tentativa de “medicalizar” o sofrimento da família como se o sedativo pudesse extirpar a dor, como se o calmante fizesse o choro “embaraçoso” desaparecer. A tentativa de “medicalizar” a emoção é um dos sintomas do despreparo para o enfrentamento da finitude nos hospitais.

Além disso, a maioria das pessoas sente o desejo de expressar necessidades espirituais nestes momentos. A crescente secularização da sociedade fez com que espaços destinados à vivência da espiritualidade (capelas, átrios, a existência de imagens de santos e outros símbolos religiosos) estejam gradualmente desaparecendo da ambiência hospitalar. Da mesma forma, se antes o cadáver esperava pelos serviços funerários em um necrotério guardado por símbolos religiosos, hoje ele jaz sobre um mármore frio na “companhia” de equipamentos hospitalares fora de uso e, suspeitamente, em grande parte das instituições hospita-

lares, seguirá pela mesma porta de saída onde o hospital escoo o lixo. Estaria a morte sendo tratada como “rejeito”?

Humanizar o trato com a morte significa, dessa forma, humanizar não só a atenção com a família, mas a forma como o cadáver é tratado, ressaltando o local da morte como um espaço a ser demarcado. Historicamente, essa demarcação sempre ocorreu pela sinalização de símbolos religiosos. Se o hospital deve se transformar num sistema mais aberto, então, a presença de símbolos espirituais demarcando os espaços da morte é uma simples decorrência. Dessa forma, o necrotério deve oferecer condições onde a sacralidade da morte seja ressaltada (presença de símbolos, por exemplo).

Além disso, deve oferecer condições para que representantes dos familiares possam ter algum conforto físico (cadeiras ou bancos) enquanto esperam pelas providências de traslado. Na medida do possível, alguém da equipe pode ser deslocado para oferecer algum nível de apoio emocional ou buscar uma pessoa que possa oferecer assistência espiritual quando requisitada.

Para finalizar, é necessário que a conduta ética do trato do corpo possa se tornar uma prioridade. Sabemos que a realização do “pacote” obedece a ditames técnicos precisos. Na presença da família, entretanto, e na medida do possível, a necessidade técnica do preparo do corpo deve levar em consideração as necessidades dos familiares de algum contato físico com o cadáver (o beijo, o carinho, o passar a

mão nos cabelos, o tocar as mãos). Os familiares, se assim desejarem, poderiam ajudar o trabalhador no preparo do corpo. Por fim, o próprio nome “pacote” deve ser questionado. Embora o cadáver não possua mais vida, ele ainda guarda a dignidade humana e, dessa forma, não pode ter um tratamento objetal. Só fazemos pacote de coisas, de objetos. Recomendamos, portanto, que a expressão seja substituída por outras que possam expressar melhor a relação da dignidade e cuidado que devemos ter com o cadáver de um ser humano.

3.1.8 O cuidado de si mesmo

Mesmo que não tenhamos conhecimento especializado sobre as questões subjetivas que envolvem a relação “trabalhador-paciente”, a equipe deve compreender sensivelmente que lidar com a dor do outro parece ser algo essencial para uma boa atenção em saúde. Também é logo detectado, entretanto, pelo trabalhador, o fato de que lidar com a dor e o sofrimento significa, em maior ou menor grau, também sofrer e crescer como ser humano. Esse entendimento tem seu aspecto positivo, o de expressar a identificação necessária e o compartilhar de sentimentos comuns entre a equipe e o paciente.

Os trabalhadores de saúde, no entanto, tendem a gradualmente produzir um afastamento crescente do paciente com a iminência da morte quando não estão devidamente

orientados ou ainda em situações nas quais a instituição não oferece suporte necessário. A esse comportamento chamamos de “caracteropatia”, sendo comumente denominado pelos pacientes de “frieza” e “insensibilidade”. Em grande parte, essa frieza ocorre como uma estratégia defensiva do trabalhador para se proteger do sofrimento.

Na medida em que esta produz o embotamento afetivo/emocional por parte do trabalhador e tende a intensificar o sofrimento do paciente, parece-nos uma estratégia inadequada, pois o paciente e sua família se percebem num tipo de “solidão acompanhada”. Neste caso, o paciente e a família, embora percebam a presença física do profissional, têm suas necessidades do diálogo, comportamentos e emoções, diante da morte, secundarizados ou mesmo rejeitados pela equipe. Com o tempo, as tensões e dificuldades de lidar com a dor em momentos finais reprimidos se traduzem em sofrimento, que explode no seu próprio corpo. Aqui nos referimos aos distúrbios de natureza psicossomática resultantes da representação da vida emocional do trabalhador no corpo, agora transformado em palco de seus dramas e dilemas existenciais. Estar sempre alerta ao sofrimento no corpo e na mente é uma das pré-condições para oferecer boa assistência.

É importante também, no entanto, que a própria instituição possa oferecer algum suporte de resolubilidade para que o trabalhador tenha uma atenção adequada diante dos seus problemas de saúde. Lidar com o sofrimento alheio é algo muito desgastante, suscita questões que fazem o pró-

prio sofrimento vir à tona, aumenta o risco de aparecimento de transtornos de base psicológica. Para cuidar bem do outro, é necessário que o trabalhador também se cuide e se ache cuidado.

Para um maior preparo acerca da finitude, propomos a formação para a Tanatologia, que permite aos profissionais o redimensionamento da sua qualidade de vida, a vivência de perdas/ sentido de viver e a comunicação em momento de crise (como dar a má notícia, preparar as pessoas para uma morte iminente). Em um texto primoroso, Rubem Alves nos alerta para a idéia de como a Medicina está despreparada para agir diante da morte e do morrer. Sugere, então, uma nova especialidade no campo da saúde, a “moriendeterapia”. Imaginemos o profissional que esteja aparelhado para produzir a aceitação da morte não só daquele que esteja morrendo, mas também da equipe que cuida do moribundo. Acreditamos que, de certa forma, todos deveríamos ser um pouco “moriendeterapeutas”. Não se trata de começar a ter uma vivência mórbida da vida, mas de intuir com maior clareza o espaço que a experiência da morte ocupa no viver e, assim, buscar formas mais adequadas de se lidar com os momentos finais da vida.

Para tanto, o primeiro passo importante é começar a falar do que está refreado. Parece que hoje a morte tomou o lugar da sexualidade como o espaço dos tabus. Ela é o assunto “proibido”. Neste sentido, traz uma certa similaridade com a sexualidade. O fato de não falar sobre o sexo não preparava as pessoas para uma vivência mais saudável

da sexualidade, o que acarretava inúmeros problemas para uma vida afetiva mais tranqüila e plena. No caso da morte, o isolamento das vivências do seu entorno não ajudam cada qual a se preparar melhor para seu falecimento, pois deixam as pessoas refratárias ao acontecimento da morte, quando, na realidade, ele se apresenta de forma concreta. É o que acontece no caso dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas. Eles se tornam um “cartão de visitas” da morte, falecem simbolicamente antes de perecerem de fato. Acreditamos que uma formação mais sistemática sobre Tanatologia poderia, se não solucionar, pelo menos, minimizar essa sensação de afastamento mútuo mais ou menos perceptível quando se avalia a relação entre moribundos e trabalhadores de saúde.

Capítulo 4

APLICAÇÃO PRÁTICA: ASSIM NA VIDA COMO NA MORTE

Optamos por sugerir nesta seção um conjunto de atividades para serem desenvolvidas em grupo. Tente sensibilizar seus colegas ou, se existir um GTH no seu trabalho, tente mobilizar o GTH para implementar discussões que tenham a morte como foco. Esses exercícios são apenas sugestões. Eles foram dispostos em cinco semanas, segundo certa ordem, mas não precisam ser obedecidos nesta sequência. Podem ser livremente adaptados ou substituídos para atender aos interesses mais específicos com base na realidade do trabalho de cada setor. Os grupos devem ser multiprofissionais, variando de cinco a vinte e cinco participantes, a fim de facilitar o diálogo. O objetivo principal é trazer esta temática para as rodas de conversa nos serviços e possibilitar espaços de reflexão e compartilhar das experiências vividas pelos trabalhadores, e, quem sabe, envolver as famílias e pacientes?

4.1 Nossas experiências do morrer: primeira semana

Na primeira parte do encontro, as pessoas serão estimuladas a contar suas primeiras experiências com a morte. Sugerimos, como ponto de partida, este poema de Mário Quintana:

Minha Morte Nasceu...

Mário Quintana para Moysés Vellinho

*Minha Morte nasceu quando eu nasci
Despertou, balbuciou, cresceu comigo
E dançamos de roda ao luar amigo
Na pequenina rua em que vivi*

*Já não tem aquele jeito antigo
De rir que, ai de mim, também perdi
Mas inda agora a estou sentindo aqui
grave e boa a escutar o que lhe digo*

*Tu que és minha doce prometida
Nem sei quando serão nossas bodas
Se hoje mesmo...ou no fim de longa vida*

*E as horas lá se vão loucas ou tristes
Mas é tão bom em meio as horas todas
Pensar em ti, saber que tu existes*

(Fonte: QUINTANA, Mário **Poesia Completa**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar; 2005)

Na segunda parte da reunião, os participantes devem ser estimulados a compartilhar as experiências de morte mais marcantes no trabalho. Novamente, outro poema de Quintana como estimulador do debate.

Este quarto

Mário Quintana

Este quarto de enfermo, tão deserto
de tudo, pois nem livros eu já leio
e a própria vida eu a deixei no meio
como um romance que ficasse aberto...

Que me importa este quarto, em que desperto
como se despertasse em quarto alheio?
Eu olho é o céu! Imensamente perto,
o céu que me descansa como um seio.

Pois só o céu é que está perto, sim,
tão perto e tão amigo que parece
um grande olhar azul pousado em mim.

A morte deveria ser assim:
um céu que pouco a pouco anoitecesse
e a gente nem soubesse que era o fim..."

(Fonte: QUINTANA, Mário **Poesia Completa**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar; 2005)

No final, deverá ser solicitado aos participantes que elaborem um painel com papel madeira, onde diferentes grupos irão sintetizar suas falas a partir de desenhos, recortes de revista e frases. Sugere-se terminar a atividade com a música “Amanhã”, de Guilherme Arantes.

5. 2 Reflexões sobre a finitude: segunda semana

Todo o trabalho de grupo será estruturado a partir da leitura do texto de Rubem Alves e do Poema de Vinícius de Moraes. Recomenda-se que no momento em que se esgotar a discussão do texto, os participantes assistam ao documentário *O Final da Vida* da série da BBC *O Corpo Humano*. O documentário pode ser obtido em vídeo-locadoras com grande acervo.

Tempo de morrer

“Eu havia colocado no toca-discos um disco velho, poemas do Vinícius e Drummond, daqueles que, com o tempo, começam a chiar e a pular. O próprio Vinícius, com sua voz de sussurro, recitava, e agora chegava a vez do último poema, O Haver, que é um balanço da vida, tanto que todas as estrofes começam com a mesma palavra Resta; foi isso que sobrou.

Resta essa capacidade de ternura, essa intimidade perfeita cora o silêncio...

Resta essa vontade de chorar diante da beleza, essa cólera cega em face da injustiça e do mal-entendido...

Resta essa faculdade incoercível de sonhar e essa pequenina luz indecifrável a que às vezes os poetas tomam por esperança...

E os resta se sucederam, até chegar ao resta final.

Assim é a vida. Tudo o que é belo, para permanecer belo, tem de ter um fim. Assim é com o pôr-de-sol que é belo porque suas cores são efêmeras e em poucos minutos se vão.

Assim é também a sonata que é bela porque sua vida é curta. Se ela não tivesse fim e ficasse tocando eternamente, é certo que o seu lugar seria entre os instrumentos de tortura do inferno.

Até o beijo... Que amante suportaria um beijo que não terminasse nunca? A vida precisa de descanso. Lembro-me de um poema de Fernando Pessoa em que ele dizia ter dó das estrelas, que tinham de ficar brilhando, brilhando, sem nunca descansar... O poema tinha de morrer. A sua beleza o exigia. No lugar da sua morte ficaria o vazio silencioso. Nasceria então uma outra coisa no seu lugar: a saudade. A saudade é flor que só floresce na ausência. É nela que se dizem as orações suplicando dos deuses a graça de repeti-

ção da beleza. E é só para isso que existem os deuses: para garantir o retorno do belo. A voz do Vinícius ficou mais baixa. É preciso sussurrar quando o fim se aproxima.

Resta esse diálogo cotidiano com a morte, / esse fascínio pelo momento a vir, quando, emocionada, / ela virá me abrir a porta como uma velha amante...

E eu automaticamente me adiantei, recitando em silêncio o último verso: ... sem saber que é minha mais nova namorada.

Foi então que o imprevisto aconteceu: a agulha pulou para trás. Achou o poema tão bonito que se recusou a ser cúmplice da sua morte. Fez como fazem médicos e parentes, que não permitem a morte do ente querido. Mas o que aconteceu não foi o que a agulha queria. O belo não se prolongou. Ele fugiu. E, no seu lugar, o grotesco, o feio, o que não deveria ser... Uma repetição sem sentido: sem saber que é a minha mais nova... sem saber que é a minha mais nova... sem saber que é a minha mais nova... E assim teria ficado, eternamente se eu, por puro amor, não tivesse ajudado o poema a morrer: levantei-me do meu lugar, fui até o toca-discos, e consumí o assassinato: empurrei suavemente o braço com o meu dedo. O poema se disse até o fim, morreu e ficou perfeito. Depois foi o silêncio.

Pensei que aquilo tinha sido uma parábola da vida. O que se pede da vida é que ela seja bela como um poema. Mas, para ser bela, eternamente, ela há de saber morrer.

Está lá, dito no texto sagrado, que para tudo há o tempo certo. Há um tempo de nascer e há também um tempo de morrer. Aprendemos a contar os meses da gravidez e a marcar o dia do parto. Mas quando aprenderemos a reconhecer o momento de morrer? O nosso corpo sabe. E não quer ficar, depois da hora. Ele também tem dó das estrelas, que brilham sem descanso...

Acho que seria isso que a vida diria, como seu último desejo, se os vivos a ouvissem: que o fim seja calmo como o crepúsculo, que seja decidido como o último acorde de uma sonata, e que se saiba haver chegado o momento quando se reencontra a velha amante com a alegria de quem abraça a mais nova namorada...

Que os médicos e parentes, por amor à beleza, deixem o poema se dizer, até o fim. Por favor, não ponham o dedo ao contrário, no braço do toca-discos... “

(Fonte: ALVES, Rubem **Teologia do Cotidiano**. São Paulo: Ed. Olho D'água; 1994)

O Haver (Vinícius de Moraes)

Resta, acima de tudo, essa capacidade de ternura
essa intimidade perfeita com o silêncio.
Resta essa voz íntima pedindo perdão por tudo.
Perdoai: eles não têm culpa de ter nascido.
Resta esse antigo respeito pela noite
esse falar baixo
essa mão que tateia antes de ter
esse medo de ferir tocando
essa forte mão de homem
cheia de mansidão para com tudo que existe.
Resta essa imobilidade
essa economia de gestos
essa inércia cada vez maior diante do infinito
essa gagueira infantil de quem quer balbuciar o
inexprimível
essa irredutível recusa à poesia não vivida.
Resta essa comunhão com os sons
esse sentimento da matéria em repouso
essa angústia da simultaneidade do tempo
essa lenta decomposição poética
em busca de uma só vida
de uma só morte
um só Vinícius.
Resta esse coração queimando
como um círio numa catedral em ruínas
essa tristeza diante do cotidiano

ou essa súbita alegria ao ouvir na madrugada
passos que se perdem sem memória.
Resta essa vontade de chorar diante da beleza
essa cólera cega em face da injustiça e do mal-
entendido
essa imensa piedade de si mesmo
essa imensa piedade de sua inútil poesia
de sua força inútil.
Resta esse sentimento da infância subitamente
desentranhado
de pequenos absurdos
essa tola capacidade de rir à toa
esse ridículo desejo de ser útil
e essa coragem de comprometer-se sem necessidade.
Resta essa distração, essa disponibilidade,
essa vagueza de quem sabe que tudo já foi,
como será e virá a ser.
E ao mesmo tempo esse desejo de servir
essa contemporaneidade com o amanhã
dos que não tem ontem nem hoje.
Resta essa faculdade incoercível de sonhar,
de transfigurar a realidade
dentro dessa incapacidade de aceitá-la tal como é
e essa visão ampla dos acontecimentos
e essa impressionante e desnecessária presciência
e essa memória anterior de mundos inexistentes
e esse heroísmo estático
e essa pequenina luz indecifrável

a que às vezes os poetas tomam por esperança.
Resta essa obstinação em não fugir do labirinto
na busca desesperada de alguma porta
quem sabe inexistente
e essa coragem indizível diante do grande medo
e ao mesmo tempo esse terrível medo de renascer
dentro da treva.

Resta esse desejo de sentir-se igual a todos
de refletir-se em olhares sem curiosidade, sem história.
Resta essa pobreza intrínseca, esse orgulho,
essa vaidade de não querer ser príncipe senão do seu
reino.

Resta essa fidelidade à mulher e ao seu tormento
esse abandono sem remissão à sua voragem insaciável.
Resta esse eterno morrer na cruz de seus braços
e esse eterno ressuscitar para ser recrucificado.
Resta esse diálogo cotidiano com a morte
esse fascínio pelo momento a vir, quando,
emocionada,
ela virá me abrir a porta como uma velha amante
sem saber que é a minha mais nova namorada.

(Fonte: Moraes, Vinícius. Poesia Completa e Prosa.
Rio de Janeiro: Nova Aguilar; 1998)

Discussão em Grupo: resalte as principais idéias da crônica de Rubem Alves e do poema de Vinícius de Moraes. Em sua opinião, quais são as principais diferenças entre a perspectiva da equipe de saúde e a perspectiva do paciente fora de possibilidades terapêuticas? Discuta esta frase de Rubem Alves e assuma um posicionamento: “A vida não é uma coisa biológica. A vida é uma entidade estética. Morta a possibilidade de sentir alegria diante do belo, morreu também a vida, tal como Deus no-la deu - ainda que a parafernália dos médicos continue a emitir seus bips e a produzir ziguezagues no vídeo”. Compartilhe em grupo suas experiências com a morte e o morrer.

5. 3 “O Paciente sou eu” : terceira semana

Dividir as pessoas entre dois grupos. Cada um deverá estar numa sala diferente. No primeiro grupo, os trabalhadores assumirão o papel de pacientes que estejam à beira da morte e que saibam da verdade. Serão pontos para discussão os seguintes aspectos:

- 1) Minha família conversa sobre o que está acontecendo?
- 2) Quando eu faço perguntas sobre meu estado de saúde para os trabalhadores que cuidam de mim, qual a reação deles?

- 3) Como estou sendo cuidado no hospital e como gostaria de ser cuidado. Existem diferenças?
- 4) Se eu tivesse poder de determinar o que as pessoas deveriam fazer, como deveriam se comportar comigo? Quais seriam meus últimos desejos?

No segundo grupo os trabalhadores serão eles mesmos. Será enfatizado que os pacientes por eles cuidados sabem do seu estado de saúde. Como pontos de discussão, os seguintes aspectos:

- 1) Como cuidado dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas?
- 2) Quando eles fazem perguntas sobre o seu estado de saúde, o que eu digo a eles? E como se tem lidado com as perguntas da família?
- 3) A forma como cuidado dos pacientes é a maneira adequada de cuidar?
- 4) Se tivéssemos todo o poder em nossas mãos o que faríamos para implementar uma assistência melhor?

Passado à fase da discussão, os grupos se reunirão numa mesma sala. Será escolhido um representante de cada grupo e eles dirão um ao outro as principais conclusões.

Texto inicial para aquecimento

A Morte da estudante

“Sou estudante de enfermagem e vou morrer. Dirijo estas palavras a vocês, que virão a ser enfermeiras, na esperança de que, partilhando o que sinto agora, serão mais capazes de ajudar aos que terão a minha sorte. A enfermagem precisa evoluir: espero que isto aconteça bem rápido. Ensinaram-nos a não ser muito entusiastas e a não esquecer a rotina. Obedecemos e nos encontramos hoje, evaporadas nossas ilusões, numa espécie de vazio feito de vulnerabilidade e de medo. O moribundo não é ainda considerado uma pessoa e não pode, portanto, ser tratado como tal. Ele é o símbolo do que sabemos ser o temor do nosso próprio destino. É preciso muito tempo para descobrir os próprios sentimentos antes de ajudar alguém a descobrir os dele. Para mim, o medo está presente e estou a caminho da morte. Vocês entram e saem do meu quarto, trazem-me remédios e tomam minha pressão. Será por ser enfermeira, ou apenas um ente humano, que sinto o medo de vocês? Este medo me invade. Por que estão assustadas? Sou eu quem vai morrer.

Sei que se sentem embaraçadas, não sabem o que dizer, o que fazer. Mas acreditem que se participassem da minha morte não poderiam enganar-se. Admitam por um instante que ela importa a vocês (é o que procuramos nós, moribundos): fiquem, não se vão, esperem. A única coisa que quero é ver alguém ali para me segurar a mão quando disso sentir necessidade. Tenho medo.

Para vocês a morte faz parte da rotina. Para mim ela é nova e única. Para me consolar falam de minha mocidade, mas estou morrendo. Tenho muita coisa a dizer. Não perderiam muito tempo conversando comigo. Ah, se pudéssemos ser francos e confessar nossas angústias, seja qual for o lado que nos encontremos, se pudéssemos nos tocar...Se quisesses me escutar e partilhar o que me resta de vida, se chorassem comigo perderiam a integridade profissional? As relações de pessoa a pessoa não podem existir num hospital? Seria tão fácil morrer...no hospital...cercado de amigos...!”

(Anônimo. Retirado de um artigo do *American Journal of Nursing* in ZIEGLER, J. Os Vivos e a Morte. Rio de Janeiro: Zahar 1977)

4.4 Como está a qualidade de vida: quarta semana

Propõe-se aos participantes que repensem a sua qualidade de vida com a seguinte asserção: se eu tivesse pouco tempo de vida, o que faria com relação às diversas dimensões existenciais: família, trabalho, lazer, amor, filhos, sexualidade, sonhos, espiritualidade, corpo. Neste momento, podemos colocar uma música orquestrada suave como fundo musical. Em seguida, sugerimos que façam um desenho representando como está sua vida em relação a esses aspectos e posteriormente um novo desenho com as mudanças necessárias e desejáveis diante da reflexão de restar pouco tempo de vida.

Texto de sensibilização:

Quando a morte fala da vida*

Era uma vila de pescadores perdida no fim do mundo e, naquela vila, todos os dias as pessoas faziam sempre as mesmas coisas, de modo que não havia nenhuma novidade e todas as pessoas sabiam de antemão o que as outras iam dizer e, por causa dessa monotonia, ninguém conseguia mais se amar.

Até que um dia aconteceu uma coisa estranha, um menino viu uma sombra diferente flutuando no mar e gritou para a vila toda; naquela vila onde nada acontecia, até uma sombra estranha flutuando no mar era motivo de liberdade, de modo que todos correram para a praia e ficaram esperando até o mar pacientemente trouxesse a coisa até a areia, e a coisa que o mar colocou na areia era um homem morto, afogado.

E na vila era costume que as mulheres preparassem os mortos para sepultamento, e pegaram o homem que ninguém conhecia e levaram para uma casa, as mulheres do lado de dentro e os homens do lado de fora, e as mulheres começaram vagarosamente a fazer o seu trabalho de limpeza tirando as algas e os limos e as coisas verdes do mar, em grande silêncio, porque elas não conhecia aquele homem e não havia o que falar sobre ele.

Até que de repente, no meio daquele grande silêncio sério, uma mulher disse: --É, se ele morasse aqui na aldeia, te-

ria sempre que curvar a cabeça para entrar em nossas casas, porque ele é alto demais. --E todas as mulheres, sérias, fizeram sim com a cabeça, e foi novamente grande o silêncio.

Até uma outra mulher disse: - Eu fico imaginando como terá sido a voz desse homem, será que a voz desse homem ecoava forte ou como a brisa, será que esse homem sabia cantar canções ou será que esse homem era daqueles que dizem uma palavra e por causa dessa palavra uma mulher apanha uma flor e a coloca no cabelo? -Todas as mulheres sorriram e fizeram sim com a cabeça.

E foi grande novamente o silêncio, até que uma outra mulher olhou para as mãos do homem e disse: - Eu fico pensando nessas mãos, no que elas fizeram, será que essas mãos travaram batalhas, será que brincaram com crianças, será que remaram através dos mares, será que essas mãos sabiam amar e abraçar?

E, nesse momento, todas as mulheres riram e riram, e aqueles homens do lado de fora perceberam que aquele corpo podia fazer com as suas mulheres o que eles, vivos, não conseguiam fazer, e eles tiveram ciúmes do morto e começaram a pensar nas batalhas que não tinham travado, nas coisas que não tinham dito, nas mulheres que não tinham amado.

E as mulheres começaram a sentir que, lá no fundo, aves misteriosas começavam a bater suas asas e começaram a sentir que sentimentos e memórias perdidas surgiam de dentro delas e elas ficaram afogueadas de amor. E finalmente enteraram o morto, mas a aldeia nunca mais foi a mesma.

(Rubem Alves interpretando conto de Gabriel García Marquez, durante o Seminário de Reflexões sobre a Vida e a Morte. Fonte: Jornal da UNICAMP. Sereno Suspiro. pg.06; 11/1999)

Compartilhar no final as experiências, sentimentos e vivências que o exercício despertou em cada pessoa.

No final, promover uma integração de todos com a música: "O que é O que é" de Gonzaguinha.

4.5 O presente da vida: quinta semana

Pedimos aos participantes em círculo para fecharem os olhos e imaginarem um valor ou qualidade que gostariam de compartilhar com os colegas. Cada pessoa transforma essa palavra em um gesto e passará para o vizinho, que receberá e continuará no processo de partilha. Procedese com a leitura de textos, reflete-se como, apesar dos tensionamentos, perdas e conflitos da realidade vivida, é possível criar espaços de grupamento, convivência e cooperação que contribuam para a potência de vida no concreto das relações do dia a dia. Pode finalizar com uma reflexão sobre a música: Serra do Luar, de Walter Franco: "viver é afinar o instrumento, de dentro pra fora, de fora pra dentro, a toda hora a todo momento...tudo é uma questão de manter, a mente quieta, a espinha ereta e o coração tranqüilo".

Textos de apoio

Instantes*

*Se eu pudesse viver novamente minha vida,
na próxima trataria de cometer mais erros.*

*Não tentaria ser tão perfeito, relaxaria mais,
seria mais tolo ainda do que tenho sido.*

*Na verdade, acho que bem poucas coisas
levaria a sério.*

Seria menos higiênico.

*Correria mais riscos, viajaria mais,
contemplaria mais entardeceres, subiria mais
montanhas e nadaria mais rios.*

*Iria a mais lugares, lugares que nunca fui,
tomaria mais sorvete e comeria menos lentilha,
teria mais problemas reais e menos problemas
imaginários.*

*Eu fui uma dessas pessoas que viveu sensata e
produtivamente cada minuto da sua vida.*

Claro que tive momentos de alegria.

*Mas, se pudesse voltar a viver, trataria de ter
somente bons momentos.*

*Porque, se vocês não sabem, disso é feita a vida, só de
pequenos momentos. Não percas, por favor, o agora.*

*Eu era um desses que nunca ia a parte alguma sem um
termômetro, uma bolsa de água quente, um guarda-chuva e
um pára-quadras.*

*Se eu voltasse a viver, começaria a andar
descalço no começo da primavera e continuaria assim,*

até ao final do outono.

*Eu daria mais voltas na minha rua, contemplaria mais
amanheceres e brincaria com mais crianças, se eu
tivesse outra vez uma vida pela frente.*

*Mas, já viram, eu tenho 85 anos e eu sei que estou
morrendo...*

** Este texto, de autoria controversa, é falsamente atribuído
a Jorge Luis Borges. Não existe um consenso de quem seria o
seu autor.*

“Amanhã eu farei...

Amanhã eu terei..

Amanhã eu serei...

Por quê esperar amanhã para viver?

*Um dia não haverá mais amanhã para você,
e você não terá vivido...”*

(Michel Quoist)

Tenha tempo para tudo

Eclesiastes

Reserve tempo para rir,

é esta a música da alma.

Reserve tempo para ler,

é esta a base da sabedoria.

Reserve tempo para pensar,

é esta a fonte do poder.
Reserve tempo para trabalhar,
é este o preço do êxito.
Reserve tempo para divertir-se,
é este o segredo da juventude eterna.
Reserve tempo para ser amigo,
é este o caminho da felicidade.
Reserve tempo para sonhar,
é este o meio de ligar a uma estrela o corro em que
viaja na Terra.
Reserve tempo para amar e ser amado,
é este o privilégio dos deuses.
Reserve tempo para ser útil aos outros,
esta vida é demasiada curta para que sejamos egoístas.

Considerações finais

A morte, quando encarada como companheira invisível, mas amigável, em nossa jornada de vida, leva-nos a lembrar de não esperar pelo amanhã para fazer o que se deseja, aprender a viver a vida no lugar de passar por ela.

Neste sentido, uma questão fundamental é lidar com a impermanência, pois a mudança é intrínseca da existência e o desapego constitui o aprendizado necessário para viver de maneira mais plena. Vê-se também que, a despeito de tudo o que se possa aprender sobre a morte, ela é um mistério para o ser humano e traz certa dose de medo diante do desconhecido.

O mais importante parece ser uma atitude solidária junto ao outro que parte, contribuindo de forma amorosa, escutando e confortando os que ficam. O desafio de re-humanizar o processo de morrer implica atuar no campo da formação profissional sobre o tema, preparando as equipes de saúde sobre o sofrimento e atitudes adequadas junto aos pacientes e familiares nestes momentos finais. Considera-se ainda a relevância de fortalecer políticas públicas, a exemplo da Política Nacional de Humanização, e o reconhecimento do movimento de Cuidados Paliativos como contraposto ao modelo atual de morrer.

O dilema entre preservar a vida a todo custo e permitir uma morte digna existe e o que separa estes dois atos é

muito tênue, daí por que o tema morte e modos de morrer se torna tão complexo. Questões éticas que envolvem decisões as quais removem valores e diferentes áreas do conhecimento - como a Filosofia, a Psicologia, o Direito, a Bioética, as religiões e formas de espiritualidade, continuarão a desafiar a sociedade, os profissionais e acadêmicos em busca de escolhas que favoreçam a cidadania e a vida em sua plenitude.

Referências bibliográficas

ARIÈS, P. **A história da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

ALVES, R. **O médico**. Campinas: Papirus, 2002.

_____, R. **Teologia do Cotidiano**. São Paulo: Ed. Olho D'água; 1994

BELLATO R, Carvalho EC. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Rev. Latino-am Enfermagem**. 2005; 13 (1): 99-104.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Alívio da dor no câncer**. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HUMANIZASUS: política nacional de humanização**. Documento-base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: MS, 2005.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Política Estadual de humanização da atenção e gestão em Saúde do Ceará**. Coordenadores GOMES, A . M. A . ; SAMPAIO. J.J.C. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado, 2004.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Código dos Direitos do Paciente: carta dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no Sistema Único de Saúde/SUS**. Fortaleza. 2005.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: editora perspectiva, 1974.

KOVÁCS, MJ. **Bioética nas questões da vida e da morte**. Psicologia USP. 2003; 14 (2):115-67

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Fontes; 2000.296p.

LANA, Roberto L. Eutanásia: Mitos e Controvérsias Médico-Legais in <http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/1696/monografia.html> acessado pela primeira vez em 10 de março de 2003

LELOUP, Jean-Yves. Além da Luz e da Sombra: **Sobre o Viver, o Morrer e o Ser**. Org. de Lise Mary Alves de Lima. Tradução de Pierre Weil, Regina Fittipaldi. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

MARANHÃO JLS. **O que é a morte**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense; 2005 74p.

MENEZES Rachel A. Em Busca da Boa Morte: Antropologia dos Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Garamond; 2004
Moraes, Vinícius. **Poesia Completa e Prosa**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar; 1998.

PASSOS, Eduardo (Org.). **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

PESSINI L, BERTACHINI L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Loyola; 2004. 319p

PY L; OLIVEIRA AC. Humanizando o adeus à vida. In: PESSINI L, BERTACHINI L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo:Ed. Loyola; 2004. p135-47.

QUINTANA, Mário. **Poesia Completa**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar; 2005.

RINPOCHE, S. **O Livro Tibetano do Viver e do Morrer**. São Paulo: Talento;1999.

SAUNDERS, C.; BAINES, M.; DUNLOP, R. **Living with dying**. A guide to palliative care. Oxford: Oxford University Press, 1995.

ZIEGLER, J. **Os Vivos e a Morte**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

Os Autores

Profa MS Annatália Meneses de Amorim Gomes

Psicóloga pela Universidade Federal do Ceará – UECE e Assistente Social. Pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Mestre em Educação em Saúde pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Tem Formação em Tanatologia, Gestalt Terapia e Psicodrama. Há mais de 20 anos dedica-se ao trabalho em prol da melhoria da qualidade e dignidade na saúde pública. Integra o Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde-LHUAS do Centro de Ciências da saúde-CCS da Universidade Estadual do Ceará-UECE. Membro dos grupos de pesquisa: Vida e Trabalho (UECE) e Cultura, Educação Popular e Saúde/Humanização do Cuidado (UNIFOR). É tutora, pelo Ministério da Saúde, do Curso de Apoiadores Institucionais para a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde-PNH. Coordena a Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde do Ceará-PEH/Ce.

annataliagomes@secrel.com.br

Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz

Psicólogo, pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP; Mestre em Educação pela Universidade Federal de São Carlos-UFSCar e Doutor em Educação pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Professor Adjunto da Universidade Estadual do Ceará-UECE, onde ministra aulas no Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública-CMASP e no Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental-CMPSM (onde é Vice-Coordenador); também colabora no Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira da Universidade Federal do Ceará-UFC. Além disso, leciona “Introdução à Tanatologia” para os cursos de graduação em Enfermagem e em Serviço Social da UECE. Integra como pesquisador o Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde-LHUAS do Centro de Ciências da Saúde-CCS da Universidade Estadual do Ceará-UECE. Membro do grupo de pesquisa Vida e Trabalho (UECE), Coordenador do Grupo de Estudos Tanatológicos-GESTA (UECE). poiesis@uol.com.br