

Euler Ribeiro  
Léia Neri



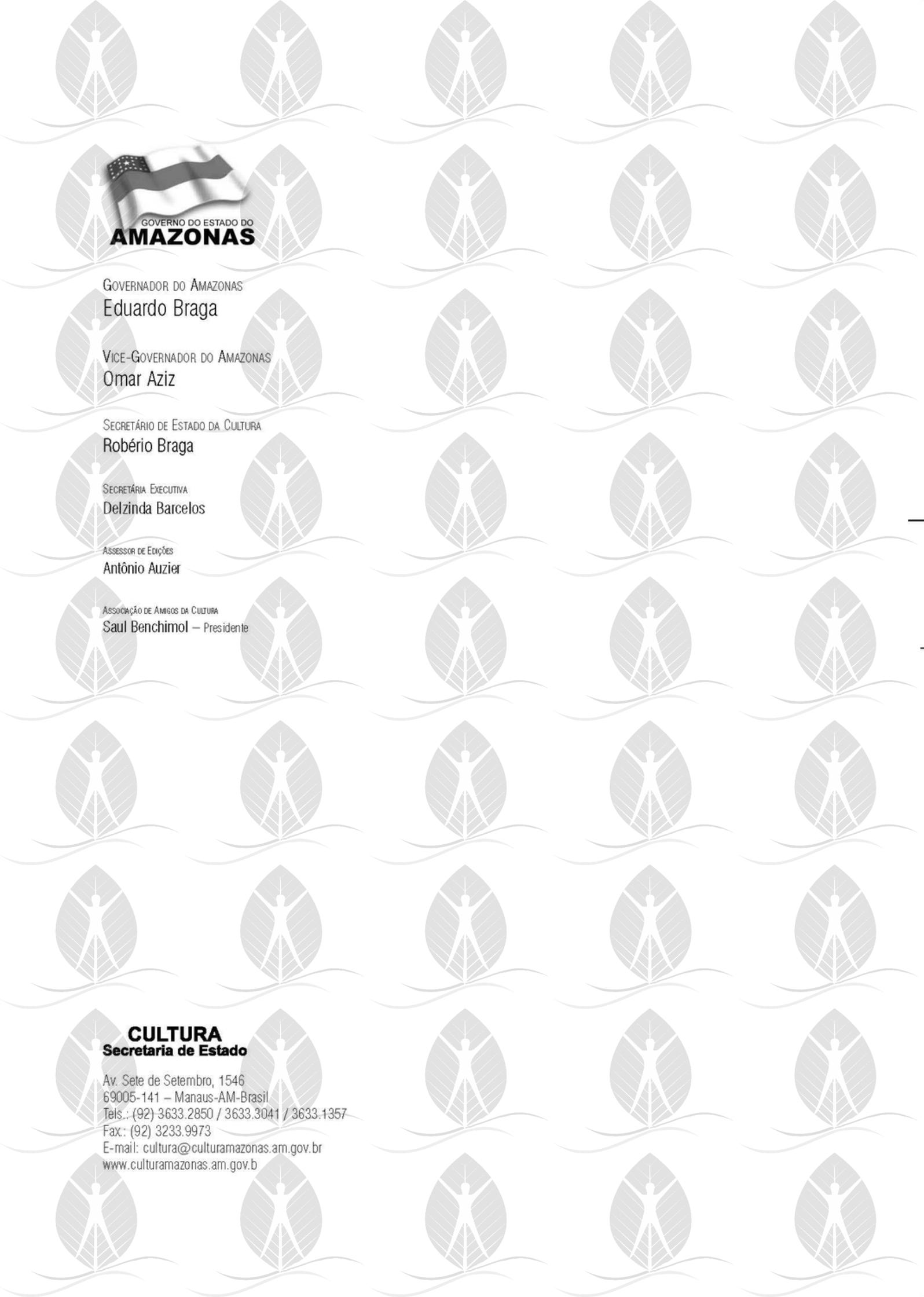
# do COMEÇO ao FIM

Um Novo Olhar Sobre a Vida e a Morte

CULTURA



Edições  
Governo do Estado



GOVERNO DO ESTADO DO  
**AMAZONAS**

GOVERNADOR DO AMAZONAS

**Eduardo Braga**

VICE-GOVERNADOR DO AMAZONAS

**Omar Aziz**

SECRETÁRIO DE ESTADO DA CULTURA

**Robério Braga**

SECRETÁRIA EXECUTIVA

**Delzinda Barcelos**

ASSESSOR DE EDIÇÕES

**Antônio Auzier**

ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS DA CULTURA

**Saul Benchimol – Presidente**

**CULTURA**  
**Secretaria de Estado**

Av. Sete de Setembro, 1546

69005-141 – Manaus-AM-Brasil

Tels.: (92) 3633.2850 / 3633.3041 / 3633.1357

Fax: (92) 3233.9973

E-mail: [cultura@culturamazonas.am.gov.br](mailto:cultura@culturamazonas.am.gov.br)

[www.culturamazonas.am.gov.br](http://www.culturamazonas.am.gov.br)

Euler Ribeiro  
Léia Neri



# DO COMEÇO AO FIM

UM NOVO OLHAR SOBRE A VIDA E A MORTE

CULTURA



Copyright © 2007 Governo do Estado do Amazonas  
Secretaria de Estado da Cultura

COORDENAÇÃO EDITORIAL  
**Antônio Auzier Ramos**

PROJETO GRÁFICO  
**KintawDesign**

CAPA  
**Marcicley Reggo**

REVISÃO  
**Cláudia Adriane Souza**

FICHA CATALOGRÁFICA  
**Ycaro Verçosa dos Santos – CRB-11 287**

---

R484c Ribeiro, Euler / Léia Neri.

Do Começo ao Fim: Um Novo Olhar Sobre a Vida e a Morte. / Euler  
Ribeiro; Léia Neri. Manaus: Governo do Estado do Amazonas – Secretaria de  
Estado da Cultura, 2007.

160 p.

1. Morte – ensaio sociológico 2. Qualidade de vida I. Título II. Neri, Léia  
CDU 364.444  
22. ed.

---



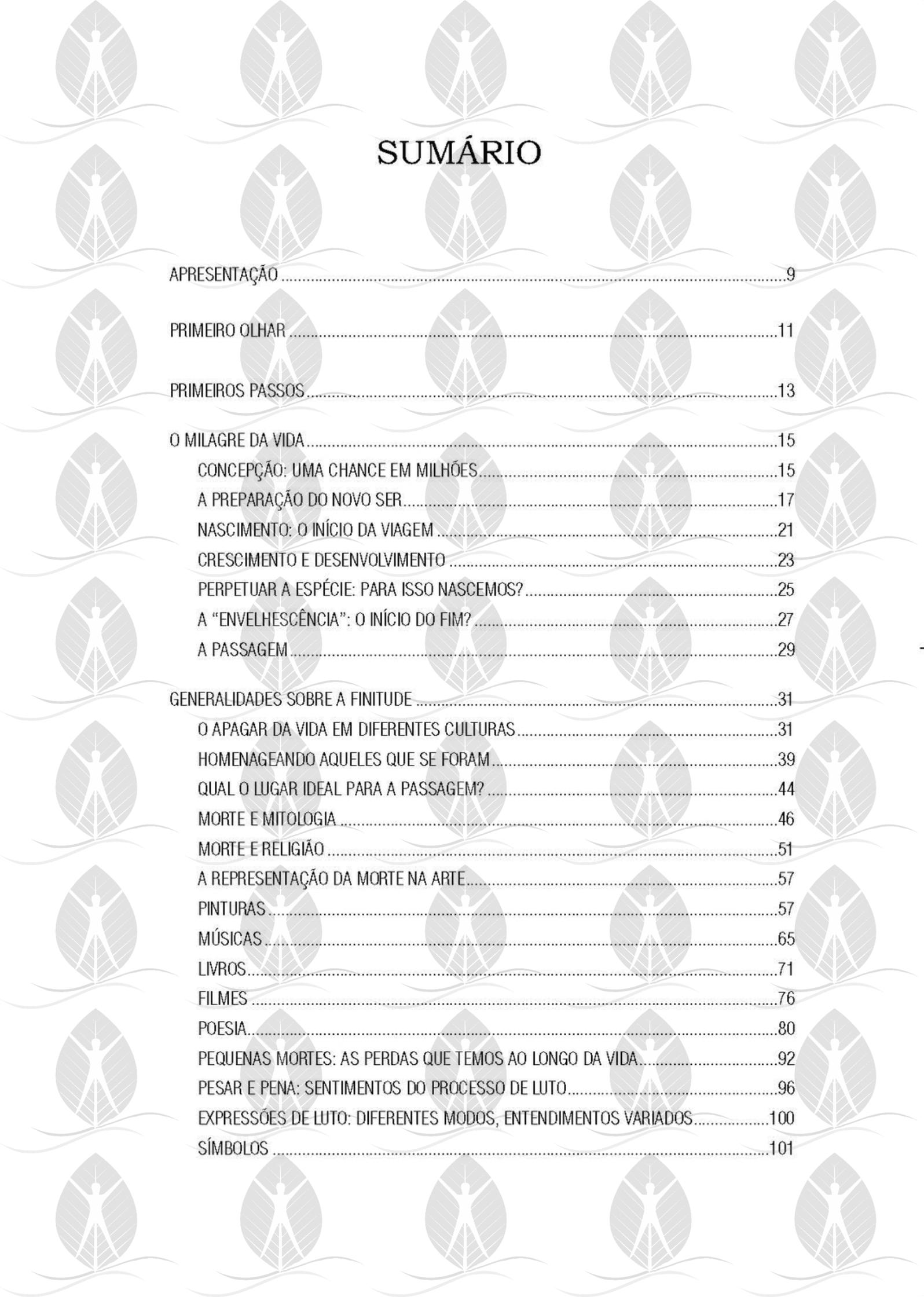
Sou profundamente agradecido ao Governo do Estado do Amazonas, através da Secretaria de Cultura, na pessoa do meu grande amigo e irmão Robério Braga, intelectual com profundo sentimento humanístico e sensibilidade apurada com relação a todas as manifestações culturais do nosso Estado. Obrigado mais uma vez por aceitar prefaciar esta obra. Deus te conserve sempre!

À dona Darlinda, minha mãezinha querida, que tem dedicado sua vida a instrumentalizar a paz e a harmonia no seio da nossa família.

À Ednea, eterna paixão da minha vida, companheira solidária e estimuladora dos meus sonhos.

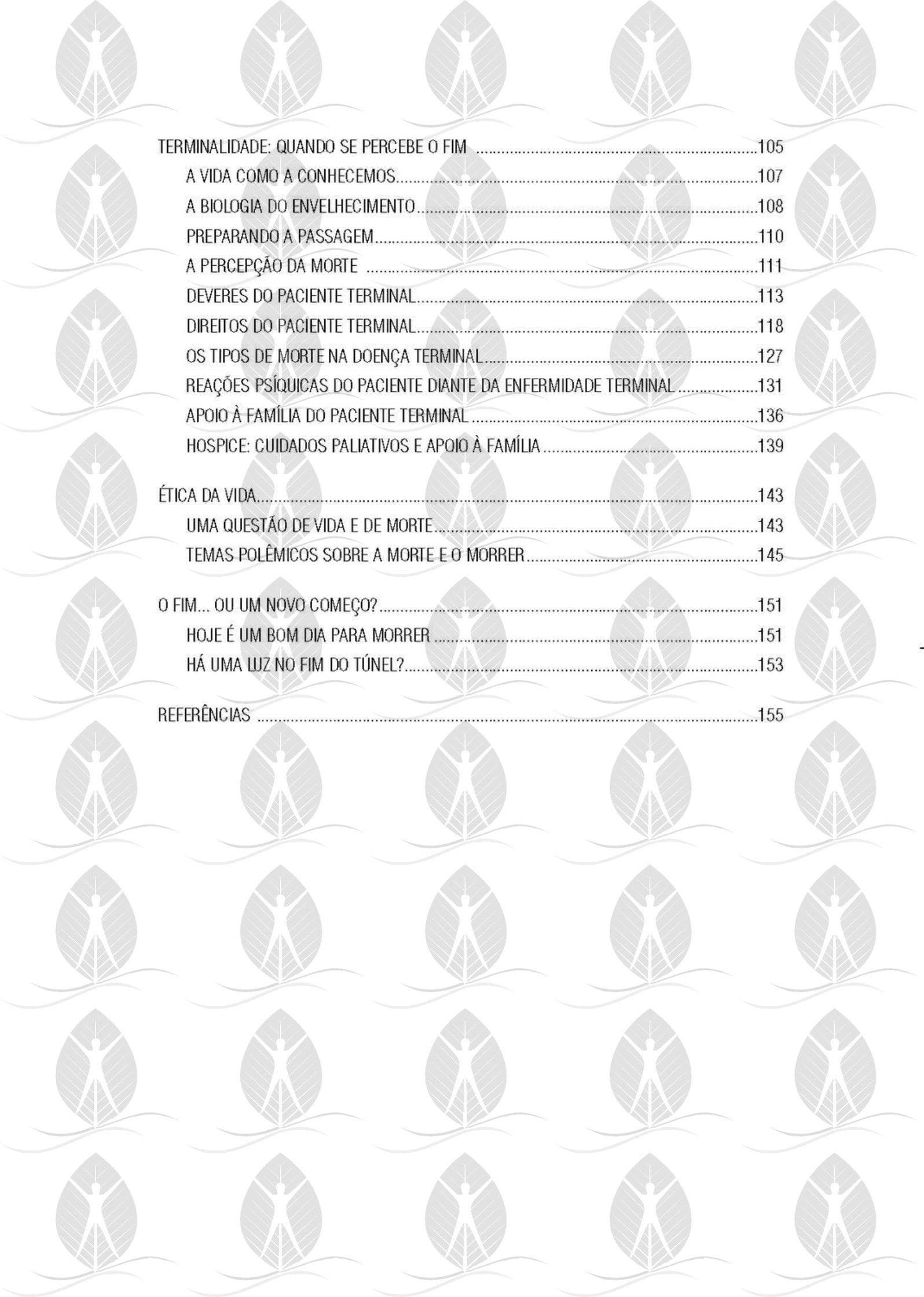
Aos meus filhos e netos muito amados Euler, Gizella, Luca, Valéria, Marco, Gabriel, João e Giullia, com a alegria de poder sempre desfrutar da presença carinhosa de todos vocês.





# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	9
PRIMEIRO OLHAR .....	11
PRIMEIROS PASSOS .....	13
O MILAGRE DA VIDA .....	15
CONCEPÇÃO: UMA CHANCE EM MILHÕES .....	15
A PREPARAÇÃO DO NOVO SER .....	17
NASCIMENTO: O INÍCIO DA VIAGEM .....	21
CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO .....	23
PERPETUAR A ESPÉCIE: PARA ISSO NASCEMOS? .....	25
A “ENVELHESCÊNCIA”: O INÍCIO DO FIM? .....	27
A PASSAGEM .....	29
GENERALIDADES SOBRE A FINITUDE .....	31
O APAGAR DA VIDA EM DIFERENTES CULTURAS .....	31
HOMENAGEANDO AQUELES QUE SE FORAM .....	39
QUAL O LUGAR IDEAL PARA A PASSAGEM? .....	44
MORTE E MITOLOGIA .....	46
MORTE E RELIGIÃO .....	51
A REPRESENTAÇÃO DA MORTE NA ARTE .....	57
PINTURAS .....	57
MÚSICAS .....	65
LIVROS .....	71
FILMES .....	76
POESIA .....	80
PEQUENAS MORTES: AS PERDAS QUE TEMOS AO LONGO DA VIDA .....	92
PESAR E PENA: SENTIMENTOS DO PROCESSO DE LUTO .....	96
EXPRESSÕES DE LUTO: DIFERENTES MODOS, ENTENDIMENTOS VARIADOS .....	100
SÍMBOLOS .....	101



TERMINALIDADE: QUANDO SE PERCEBE O FIM .....	105
A VIDA COMO A CONHECEMOS.....	107
A BIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO.....	108
PREPARANDO A PASSAGEM.....	110
A PERCEPÇÃO DA MORTE .....	111
DEVERES DO PACIENTE TERMINAL.....	113
DIREITOS DO PACIENTE TERMINAL.....	118
OS TIPOS DE MORTE NA DOENÇA TERMINAL.....	127
REAÇÕES PSÍQUICAS DO PACIENTE DIANTE DA ENFERMIDADE TERMINAL.....	131
APOIO À FAMÍLIA DO PACIENTE TERMINAL.....	136
HOSPICE: CUIDADOS PALIATIVOS E APOIO À FAMÍLIA.....	139
ÉTICA DA VIDA.....	143
UMA QUESTÃO DE VIDA E DE MORTE.....	143
TEMAS POLÊMICOS SOBRE A MORTE E O MORRER.....	145
O FIM... OU UM NOVO COMEÇO?.....	151
HOJE É UM BOM DIA PARA MORRER.....	151
HÁ UMA LUZ NO FIM DO TÚNEL?.....	153
REFERÊNCIAS .....	155

## APRESENTAÇÃO

Há muitos mistérios ainda não desvendados entre a vida e a morte. Dúvidas a respeito da certeza de uma, e muitas outras e maiores inquietações a respeito da possibilidade de outras vidas. É um tema polêmico, que mescla religiosidade, fé, sincretismo, materialismo, e, sobretudo, esperança, porque certamente todos os homens em algum momento duvidaram e lastimaram a morte, ansiaram pela certeza de uma nova vida, ou confiaram nesta que é possibilidade remota para uns, certeza para outros, desconfiança para a maioria.

Euler Esteves Ribeiro, de berço que conheço a origem e cuja amizade pessoal prezo, tem se dedicado à medicina, enfrentando em família e no lar dos seus pacientes, a angústia da despedida pela morte e a alegria quando do nascimento. Depois de amadurecido pelos anos, sofrido nas dores terrenas, bem formado no conteúdo acadêmico, ousa escrever procurando desmistificar este tema, sem temores, pelo menos sem temores aparentes.

Parece que tudo finda somente porque teve início. A vida se alonga ou se encurta não pelo destino de cada um, mas pelas razões de saúde e de doença. Digo logo, para não gerar falsa expectativa na busca de uma literatura fácil e de vitrine: não é livro de auto-ajuda, mas reflexões de um espírito bem formado, opiniões científicas e humanas.

Não sei muito bem como enfrentar estas situações. Creio mesmo que ninguém sabe. As dúvidas estão sempre presentes ao lado das certezas mais convictas, e, conforme a ocasião, cada uma domina o nosso ser durante um momento.

De mim para mim, aspiro em não perder a esperança na vida eterna para o meu espírito, na possibilidade de reencontro com os meus antepassados, na renovação do meu coração pelo amor e pela caridade, mas também, não poucas vezes, duvido de tudo e de todos.

O trabalho do médico, político, professor, escritor e acadêmico não pode explicar a verdade sobre a morte, mas procura tratá-la com singeleza e com certa dose de naturalidade.

Boa leitura.

*Robério Braga*



## PRIMEIRO OLHAR

Tenho estado a refletir muito sobre a vida. E nestas reflexões surgiu a idéia de escrever alguma coisa que pudesse contemplar tudo aquilo que já havia lido a respeito, minhas elucubrações e as conclusões de pensamentos e de pesquisas efetuadas por vários estudiosos, cientistas, religiosos, filósofos e mesmo por pessoas simples, mas de muita sabedoria.

Junto com esta idéia também brotou outra: de ter comigo, neste trabalho, uma parceria. O trabalho deveria ser escrito a quatro mãos, até para dividir a responsabilidade de cuidar de um tema magnífico, mas ao mesmo tempo temido pela maioria das pessoas. Para tratar da vida, implícito está falar de morte, pois esta faz parte inerente da vida. E quem seria escolhido para esta tarefa? Pensei em muitas pessoas, mas a escolha final recaiu numa figura simples, mas iluminada, que vem sendo minha parceira intelectual já há algum tempo. Falo de Léia Neri, Administradora de Empresas, poliglota, especialista em computação, pesquisadora e uma cabeça privilegiada, que consegue com rapidez enxergar o futuro. Tem me ajudado bastante nas minhas pesquisas sobre o envelhecimento. Foi quem organizou o meu primeiro livro: VIVER 100 ANOS – Dicas para envelhecer com sucesso. E por este motivo, Léia Neri, você foi a escolhida. Obrigado!

Juntamos durante algum tempo tudo o que havíamos pesquisado sobre vida. Desde o início, passando por todo processo desde a fecundação, fase embrionária, fase fetal, nascimento, crescimento, desenvolvimento, envelhecimento e, finalmente, a passagem.

Nosso objetivo final com este livro será a educação continuada sobre este complexo organopsíquicoemocional denominado “vida” e a desmistificação da “morte”.

Para os místicos, o sopro da vida advém da “divindade”. Para os que não acreditam nesta “divindade”, o sopro da vida nada mais é do que a energia da própria natureza e, por este motivo, esta energia se exaure e é finita. E “finitude” vem do latim “*finitus totum*”, o fim de tudo.



Assim, desejo convocá-los para viver a vida enquanto vivos. Você viveu sua vida? Ou foi vivida por ela? No ato de viver temos que vivê-la até exauri-la. E a morte perde o seu terror quando se morre depois de consumida a própria vida. Suportar a morte ou aceitá-la é um ato de trair a sua vida. Morra sempre no momento certo. Se você não viver no tempo certo, não conseguirá morrer no instante exato.

Segundo o grande psicanalista e escritor Irvin D. Yalon, na sua mais recente obra “Quando Nietzsche Chorou”, que trata dos princípios da psicanálise, numa de suas abstrações sobre a vida declara: *“Quando morres deixas a tua semente da tua vida, como um germe, seu para o futuro, acreditando que o espermatozóide e o óvulo contivessem a sua consciência e com isto conseguem perpetrar o sentimento da imortalidade”*. Portanto, a morte seria nada mais do que um passo para a continuidade da própria vida. Viva a Vida!

*Euler Ribeiro*

## PRIMEIROS PASSOS

Uma das perguntas que assalta a mente humana ao longo de sua história, em todos os tempos, em todas as culturas é “O que é a vida?” Teorias e conceitos existem aos montes, mas na verdade a vida é um mistério a espera de ser revelado, um jogo a ser vencido, uma luta a ser enfrentada e, ao mesmo tempo, é a beleza de simplesmente viver, como uma canção que existe para ser cantada, um poema para ser declamado ou um abraço a ser dado.

Numa visão mais otimista, percebemos que todos os dias a vida nos dá a oportunidade de transformar as tristezas em alegrias, para que possamos realizar nossa missão e alcançar nossos objetivos. E, justamente por isso, não devemos nos apressar em crescer, pois jamais voltaremos a ser criança. Se perdermos a saúde para ter dinheiro, é quase óbvio que em seguida perderemos o dinheiro para ter saúde. Se pensarmos ansiosamente no futuro, não viveremos nem o presente e nem o futuro. Se utilizarmos as drogas para viver, morreremos sem ter vivido. Se nos relacionamos com outras pessoas, certamente sofreremos, magoaremos e seremos magoados. Por outro lado, se nos isolarmos, como iremos crescer e sentir o mel e o fel do que é amar?

Segundo Platão, a verdadeira sabedoria consiste em ordenar bem a própria alma. Alimentar intensamente um sonho ou desejo, com emoção e tranquilidade, é viver com determinação, objetivo e, claro, sabedoria. Porque a emoção transforma a centelha interior em luz, a luz em chama e a chama em sol, e assim nasce a realização, nasce um sistema, nasce a vida.

Um conto oriental descreve o diálogo de um mestre e seu discípulo numa tentativa de compreender o que é a vida:

O discípulo perguntou a seu Mestre:

– Mestre, o que é a vida?

E o Mestre respondeu:

– Vai para as ruas, caminha por elas e visita as três primeiras tendas que encontres.

O discípulo entrou na primeira tenda que encontrou e viu que as pessoas trabalhavam com metal. Entrou na segunda tenda e viu que

as pessoas trabalhavam com cordas. Entrou na terceira tenda e viu uma carpintaria.

O discípulo pensou então:

– Será que isso é que é a vida?

Voltou para o Mestre para ser esclarecido e este lhe disse:

– Agora você encontrou o caminho para descobrir a vida e um dia compreenderás.

O discípulo ficou muito aborrecido por não ter compreendido, mas como nada podia fazer foi percorrer o mundo.

Anos depois chegou a um jardim onde ouviu uma música tocada por um instrumento que não conhecia. Era uma cítara. Ficou encantado com o som e de repente percebeu que os carpinteiros, os ferreiros e as outras pessoas que trabalhavam nas tendas, faziam parte da construção de um todo.

O discípulo teve um estalo, levantou-se e dançou. O músico, surpreso, parou de tocar, mas o homem continuou dançando e o músico perguntou:

– O que há com você?

Ele respondeu:

– Agora entendi o que é a vida: ela é tudo! Anos atrás entrei em três tendas e não havia cítara, nem havia música, mas todas as peças estavam lá. Precisava, apenas, colocá-las em ordem e reuni-las em um todo.

Ao mesmo tempo em que nós, seres humanos, tentamos entender o que é vida, também procuramos respostas para o que seja a morte, tão temível e temida por quem não a compreende. Seria ela o final da vida ou seu complemento? É o fim da linha ou o início de uma nova viagem? Você é nosso convidado a descobrir o que existe... do começo ao fim.

## O MILAGRE DA VIDA

Estamos cercados por vida. Os seres vivos estão espalhados por todo o planeta, podendo habitar os ambientes mais inóspitos, como desertos ou regiões polares. Em nosso dia a dia, podemos nos deparar com vários organismos dos mais diversos tipos, tamanhos e formas.

Mesmo nas grandes cidades, onde os problemas decorrentes da poluição e do desmatamento têm gerado o desaparecimento de muitas plantas e animais, ainda nos deparamos com diferentes árvores, insetos, pássaros e pequenos mamíferos. Na verdade, nem é preciso sair de casa para encontrarmos seres vivos. Quem nunca acordou com o zumbido de um mosquito ou encontrou o açucareiro repleto de formigas? E nós, afinal? Por acaso não somos também seres vivos?

A vida é um fenômeno intrigante. Inicialmente não parece apresentar-se como um grande enigma; afinal, de um modo geral é muito fácil diferenciar um organismo vivo de um não-vivo – peixes e formigas estão vivos enquanto velas, cristais e nuvens não estão. Mas a vida começa em algum momento... vamos saber mais sobre isso?

### CONCEPÇÃO: UMA CHANCE EM MILHÕES

Tanto na espécie humana como em outras espécies animais cada novo indivíduo se forma, habitualmente, pela união de um espermatozóide com um ovócito, conhecido mais comumente como óvulo. A esta união chamamos *fecundação*.

Espermatozóide e óvulo são células, ambas estão vivas no momento de se unirem e sempre o estiveram, já que se formaram a partir de outras células vivas. Desta união resulta uma nova célula, única e também viva, chamada *zigoto*, que também está viva. Se os gametas (espermatozóide e óvulo) que se uniram eram humanos, o zigoto resultante deste enlace também o é.

Portanto, a pergunta “quando começa a vida humana?” não é pertinente, pois a vida humana não começa, apenas continua. Por outro lado, perguntar “quando se pode dizer que há um novo

indivíduo?”, sim, é pertinente. A resposta simples é que um novo indivíduo começa quando ocorre a fecundação.

Nas mulheres, o ciclo menstrual começa com o primeiro dia da menstruação e termina 24 a 35 dias depois, a não ser que se produza uma gravidez. Para que haja fecundação tem que ocorrer a ovulação<sup>1</sup> e pelo menos um coito próximo a ela, pois é necessário que se encontrem um espermatozóide com um óvulo e que ambos estejam em boas condições para poder unirem-se. Isto só pode ocorrer se o coito antecede a ovulação por não mais de 5 dias ou se coincide com a ovulação. Ainda assim, na metade dos casos em que esta condição se cumpre, não se produz a fecundação, seja porque os gametas não se encontram, porque são defeituosos ou porque o meio ambiente que os rodeia não é propício. Aproximadamente 90% dos ciclos menstruais são ovulatórios e neles a ovulação pode ocorrer em qualquer dia a partir do dia 10 até o dia 22.

A fecundação ocorre habitualmente na trompa de Falópio, um tubo que conecta o ovário ao útero. O zigoto resultante da fecundação é uma célula que tem a potencialidade de desenvolver-se e chegar a ser um humano constituído por milhares de milhões de células, do mesmo modo que uma semente pode chegar a ser uma árvore através de um processo de crescimento e desenvolvimento.

Aproximadamente 3 a 4 dias depois da fecundação, se o zigoto desenvolveu-se normalmente, está constituído por 8 a 10 células e passa ao útero, onde continua desenvolvendo-se, imerso no escasso fluido que chega à cavidade do útero. Neste meio alcança o estágio de desenvolvimento chamado *mórula* e posteriormente o estágio de *blastócito*. Antes de implantar-se, o blastócito tem aproximadamente 200 células. A maioria destas células está destinada a formar a placenta e outros órgãos que mais tarde serão eliminados. Cerca de 7 a 10% das células do blastócito estão destinadas a formar o embrião. Até este momento, a mulher não tem como saber da existência de um novo indivíduo em seu útero.

---

<sup>1</sup> A ovulação é o processo pelo qual o óvulo completa sua maturação e sai do ovário. Uma vez que ocorre a ovulação, o óvulo tem que ser fecundado dentro das 24 horas seguintes. Se ela não ocorre, o óvulo se deteriora e perde a capacidade de formar um novo indivíduo. Portanto, estas características do óvulo e o momento em que ocorre a ovulação determinam que a fecundação pode ocorrer somente em um dos 13 dias compreendidos entre o dia 10 e o dia 22 do ciclo menstrual.

No 7.º dia de desenvolvimento, o blastócito humano se aninha (ou se implanta) na parede interna do útero, chamada *endométrio*. Para que isto ocorra, é preciso que o endométrio tenha se tornado receptivo pela ação que exercem sobre ele os hormônios do ovário, que são o *estradiol* e a *progesterona*. A implantação consiste na submersão do blastócito neste tecido materno. A partir da implantação, o corpo materno reconhece de um modo evidente que há um novo indivíduo em desenvolvimento e começa a reagir a sua presença.

Por esta razão a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que a gestação – que é uma condição da mãe e não do novo indivíduo em desenvolvimento – começa com a implantação. Tal reação do corpo materno se deve, em parte, ao fato de que quando ocorre a implantação, as células que vão dar origem à placenta começam a secretar um hormônio conhecido como *gonadotrofina coriônica humana* (HCG). Este hormônio passa ao sangue materno e atua sobre o ovário para impedir que se produza a menstruação. A mulher nota que as regras não chegaram e este é o primeiro indício que ela tem de que está grávida.

A esta altura do processo, tem início a formação do embrião. A partir da perspectiva biológica, este ser ainda é um indivíduo muito incipiente, pois carece de cérebro, de coração, de extremidades e de todos os órgãos que possui o feto, o recém-nascido ou o adulto. Seu desenvolvimento é mínimo e não possui ainda o substrato biológico indispensável para ter sensações, emoções, pensamentos ou desejos. No entanto, ele está dotado de uma imensa capacidade para continuar seu desenvolvimento, até adquirir os órgãos e funções que lhe permitirão existir como pessoa humana.

## A PREPARAÇÃO DO NOVO SER

Ao longo da gestação, o feto passa por um extraordinário processo de desenvolvimento, não somente em peso e altura, mas também no que se refere à complexidade e organização. Com 4 semanas de desenvolvimento, o embrião mede apenas 1cm e ainda não apresenta traços propriamente humanos. Flutua no líquido amniótico, que o protege.

### Da 5.<sup>a</sup> à 8.<sup>a</sup> semana

Nessa fase, algumas mulheres procuram o médico achando que podem estar grávidas. Uma vez confirmada a gravidez, parte-se para a pesquisa com exames pré-natais. Uma bateria de exames é realizada para saber como está a saúde materna e detectar possíveis problemas que possam atingir o bebê. Com 8 semanas, o embrião mede cerca de 4cm e pesa mais ou menos 4g. A aparência humana já está definida, mas a cabeça é do mesmo tamanho do resto do corpo e está flexionada sobre o tórax. Os braços e pernas já se acham diferenciados, o que ainda não ocorre com os órgãos genitais. Os olhos ainda estão um pouco lateralizados, mas já começam a se formar as pálpebras.

### Da 9.<sup>a</sup> à 12.<sup>a</sup> semana

O útero está acima da pelve, isto é, já se pode palpar o útero na região acima dos pêlos pubianos. A placenta funciona totalmente, sendo responsável pelas trocas de nutrientes entre mãe e feto, circulação e oxigenação. Iniciam as contrações de Braxton-Hick,<sup>2</sup> que permanecem durante toda a gravidez, aumentando consideravelmente sua frequência no final da gravidez. O bebê já pode se movimentar, pois seus músculos começam a se desenvolver, mas os movimentos são involuntários. Com 10 semanas de gestação inicia-se o período fetal, quando começa o crescimento e maturação das estruturas formadas durante o período embrionário. O bebê está parecendo cada vez mais humano. O feto pesa em torno de 5g e mede cerca de 6cm. Na 12.<sup>a</sup> semana, os músculos funcionam, mas não há controle por parte do bebê. Os rins produzem urina. O líquido amniótico presente, em torno de 50ml, vai aumentando com o decorrer da gravidez. O rosto do bebê começa a se parecer mais com o rosto humano.

<sup>2</sup> São contrações indolores e às vezes não percebidas pela gestante, com a função de preparo e desenvolvimento uterino até o parto.

### Da 13.<sup>a</sup> à 16.<sup>a</sup> semana

A mulher grávida começa a perceber maiores modificações em seu corpo. As aréolas dos seios escurecem, os bicos aumentam e aparece o colostro. Os tubérculos de Montgomery<sup>3</sup> aparecem. Dependendo da sensibilidade de cada um, a mamãe já sente os movimentos. Na 13.<sup>a</sup> semana o feto já atinge aproximadamente 11,5cm de comprimento e pesa em torno de 15 a 20g. Os olhos agora já têm pálpebras que se juntam, permanecendo fechadas. Os dedos da mão são levados até a boca. Começam a se delinear as costelas, ossos do crânio e dos membros. Nariz e queixo já estão bem delineados também. A placenta, cuja função é a nutrição do bebê, já é auto-suficiente na produção de hormônios para a manutenção da gravidez. Se o bebê for uma menina, os ovários já se localizam na pelve, com todos os óvulos que ela terá durante a vida toda, algo em torno de 5 milhões. Sobrancelhas e cabelos já são mais visíveis. Na 16.<sup>a</sup> semana, o comprimento dos pés à cabeça é de 18cm e o feto pesa em torno de 80g. Os movimentos podem ser sentidos pela mamãe, muito discretos, muito leves, dependendo da sensibilidade da mulher.

### Da 17.<sup>a</sup> à 20.<sup>a</sup> semana

Nesta fase, a maioria das gestantes sente os movimentos do feto. O pequeno novo ser ouve vozes, principalmente da mãe. O cérebro começa decifrar os sentidos como tato, audição. A presença do bebê no mundo agora já pode ser sentida através de seus pontapés, cotoveladas, que já são observados com facilidade por algumas mamães. Ele chupa o dedo, senta de pernas cruzadas, muda de posição para se recostar. Responde a estímulos externos, como luz forte e sons muito altos. No sexo masculino podemos surpreender nesta fase um bebê mexendo no pênis. O bebê é uma miniatura dele mesmo. Tem tudo definido, com cabelos, unhas, sobrancelhas, cílios, orelhas bem formadas e no lugar, olhos bem colocados à frente do rosto, só que ainda não bem abertos. Seu peso é de aproximadamente 540g e seu comprimento é de cerca de 31,5cm.

<sup>3</sup> São estruturas parecidas com pequenos grânulos ao redor do mamilo.

### Da 25.<sup>a</sup> à 28.<sup>a</sup> semana

O coração do bebê pode ser ouvido por aparelhos comuns de ausculta, como o estetoscópio. As pálpebras estão meio entreabertas, ele vê luz, chupa dedo e engole. As mãos abrem e fecham. O cérebro e tecido nervoso se desenvolvem mais rapidamente. Sua pele ainda é vermelha. O rosto está mais definido, a cada dia que passa, com as feições que terá quando nascer. O bebê está se desenvolvendo no sentido de adquirir peso, maturidade do sistema nervoso e do sistema respiratório. Em termos de órgãos estão todos formados, só falta aperfeiçoar. Já se coloca na posição de nascimento.

### Da 29.<sup>a</sup> à 32.<sup>a</sup> semana

Nesta fase da gestação o bebê é ativo e passa muito tempo brincando, mexendo, reconhecendo o mundo que o cerca, que por enquanto é pequeno. O líquido amniótico que protege o bebê está em quantidade suficiente para proteção contra choques e para que não se sinta apertado e incomodado pelas contrações, que já começam a trabalhar o útero para o parto normal. O bebê se mexe bastante, às vezes até levando ao aparecimento de dores no abdômen materno. Todos os órgãos estão em plena “fase de acabamento.” Ao término deste período, o comprimento da cabeça aos pés é de 43,6cm e o peso de 1.800g aproximadamente. Os sistemas respiratórios e digestivos estão quase completamente funcionais e começam a se formar depósitos de ferro e outros minerais.

### Da 33.<sup>a</sup> à 36.<sup>a</sup> semana

O bebê está em posição de nascimento, ou pelo menos, deveria estar. A cabeça deve estar voltada para baixo. Ele se encaixa dentro dos ossos da pelve. Para a mamãe, é difícil até caminhar. As mãos do feto já agarram com firmeza. A circunferência da cabeça é praticamente igual ao tórax. O líquido amniótico atinge seu volume máximo, de 1000ml, normalmente. A medida dos pés a cabeça é de 45cm e seu peso varia de 2500 a 2600g.

Da 36.<sup>a</sup> a 40.<sup>a</sup> semana

O bebê está completamente desenvolvido. Nessa fase o bebê suga, chupa o dedo, mexe a pálpebra, soluça, brinca com o cordão umbilical. Às vezes também chora. Dorme 16 horas por dia e sonha 65% desse tempo. Demonstra satisfação e aversão sorrindo quando gostou ou fazendo cara feia se não gostou. Aprecia mais músicas clássicas. Nesta fase da gestação o bebê já tem maturidade e a maioria nasce, sendo que somente 5% chegam até o final (40 semanas). A pele do bebê está totalmente limpa, rosada, unhas grandes, bem formadas, rugas nos pés e mãos, tecido mamário presente, mamilos bem definidos. Os cabelos são sedosos, com distribuição bem uniforme. As fibras do útero, que é muscular por excelência, estão no máximo de sua distensão o que leva a estimular a produção de ocitócicos pela mãe, desencadeando o trabalho de parto. Tudo deve estar em sintonia. Então agora é só esperar a chegada do bebê.

## NASCIMENTO: O INÍCIO DA VIAGEM

O parto é um acontecimento único, de inestimável importância, uma experiência ímpar que envolve tanto a mãe quanto seu parceiro, suas famílias e a comunidade a qual a gestante faz parte. Segundo Davim & Menezes (2001),

*[...] é considerado como um processo psicossomático, onde o comportamento da mulher vai depender, além da própria evolução do trabalho de parto, do nível de informação da mulher, a sua história pessoal, contexto sócioeconômico, personalidade e simbolismo.*

Popularmente falando, o nascimento é o momento em que um ser vivo inicia o seu processo de crescimento até o estado adulto, ou seja, quando pode reproduzir outros seres da mesma espécie. Este é um processo pertinente ao ciclo vital e pode ser entendido como um “portal” para a transição, para o crescimento, para o desenvolvimento e amadurecimento dos seres vivos.

E por falar em processo, o nascimento, as passagens para a vida adolescente e adulta, a vivência da gravidez, do parto, da maternidade, da dor, da morte e da separação são experiências que inevitavelmente acompanham a existência humana e, por isso, devem ser consideradas e respeitadas no desenrolar de um evento natural e completo como é o parto. É preciso perceber que vivenciar os processos naturais e humanos por inteiro muitas vezes envolve dor, incômodo, conflito, medo.

Um parto humano típico começa com contrações do útero, inicialmente com frequência de 2 a 3 em cada 10 minutos e com duração aproximada de 40 segundos. Ocasionalmente, o parto é precedido da ruptura do saco amniótico, também chamado de “ruptura das águas” ou “amniorrexe”. As contrações aceleram até que ocorram com frequência de 5 a cada 10 minutos, com duração clínica de 70 segundos, quando se aproxima a expulsão do feto. Na expulsão, somam-se as contrações uterinas aos esforços expulsivos voluntários da mãe.

No início do trabalho de parto, a dilatação do colo uterino é de 2 a 3cm nas mães de primeira viagem e 3 a 4cm nas que já tiveram partos anteriores. Cada contração dilata a cervix (colo uterino) até que ela atinge 10 centímetros (4”) de diâmetro.

Com o parto, ocorrem reações conscientes e inconscientes na mãe e em todo o ambiente familiar e social imediato, que reativam profundas ansiedades. Uma das mais importantes quando se revive, mesmo que de forma inconsciente, a angústia do trauma do próprio nascimento: a passagem pelo canal do parto, que inviabiliza para sempre o retorno ao útero e empurra para um mundo totalmente novo e, portanto, temido.

A perda repentina de percepções conhecidas, como os sons internos das mães, o calor do aconchego, enfim, o sentido total de proteção, para o surgir de percepções novas e assustadoras.

A secção do cordão umbilical separa para sempre, o corpo da criança do corpo materno deixando uma cicatriz, o umbigo, que marca o significado profundo desta separação. Assim, no inconsciente, o parto é vivido como uma grande perda para a mãe, muito mais do que o nascimento de um filho. Ao longo dos meses de gestação ele foi sentido como apenas seu, como parte integrante de si mesma e, bruscamente, torna-se um ser diferenciado dela, com vida própria e

que deve ser compartilhado com os demais, apesar de todo ciúme que desperta. Sendo assim, a mulher emerge da situação de parto num estado de total confusão, como se tivessem lhe arrancado algo muito valioso ou como se tivesse perdido partes importantes de si mesma.

Tanto quanto na morte, no nascimento também ocorre uma separação corporal definitiva. Este é o significado mais doído do parto e que se não for bem elaborado pode trazer uma depressão muito mais intensa à mãe: o parto é vida e também é morte.

## CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Etimologicamente, crescer significa aumento de tamanho do corpo, aumento progressivo do organismo e de suas partes. O crescimento humano tem sido alvo constante de estudos. O termo crescimento é normalmente utilizado de maneira indistinta referindo-se ao desenvolvimento e à maturação. Apesar de estar ligado ao processo de maturação biológica, não é exatamente a mesma coisa.

O crescimento refere-se ao aspecto quantitativo das proporções do organismo, ou seja, trata-se das mudanças das dimensões corpóreas, como peso, altura, perímetro cefálico, enquanto o desenvolvimento versa sobre as mudanças qualitativas, tais como aquisição e o aperfeiçoamento de capacidades e funções, que permitem à criança realizar coisas novas, progressivamente mais complexas, com uma habilidade cada vez maior.

Neste sentido, crescimento é o aumento na estrutura do corpo, tendo em vista a multiplicação e aumento do tamanho das células. O desenvolvimento, por sua vez, é o aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas.

Em termos antropométricos, o crescimento consiste no aumento e nas modificações dos componentes corporais que o indivíduo apresenta, não se esquecendo também da evolução dos comprimentos e diâmetros, medidas que expressam o desenvolvimento esquelético. As circunferências e a quantificação adiposa são utilizadas para verificação da estrutura muscular e da gordura subcutânea. Todos esses meios de avaliação antropométrica servem para determinar o crescimento humano.

Este crescimento acontece desde a concepção até a idade adulta; ou “até a morte”, sendo bem definido por etapas. Primeiro ocorre o crescimento intra-uterino, que vai da concepção ao nascimento, sendo essa fase caracterizada como de grande intensidade. A fase intermediária, que se denomina como segunda infância (5 aos 7 anos), é uma fase de equilíbrio e crescimento, pois o peso se mantém praticamente estável, enquanto a estatura aumenta de forma moderada.

A fase de crescimento mais acelerado após o primeiro ano de vida se dá na fase da adolescência, período em que modificações em diversos setores do organismo e de transformações psicológicas e sociais são de suma importância para a formação do homem adulto. No início desta fase, o crescimento se acelera até atingir um ponto máximo em torno dos 12 ou 13 anos para as meninas e dos 15 anos para os meninos. Depois a velocidade do crescimento declina rapidamente até os 20 anos. Por fim, vem a última fase, que se estende de forma quase que imperceptível até a passagem.

O crescimento termina em determinada idade, quando esta alcança sua maturidade biológica, enquanto que desenvolvimento é um processo que acompanha o homem através de toda a sua existência. O desenvolvimento abrange processos fisiológicos, psicológicos e ambientais contínuos e ordenados, ou seja, segue determinados padrões gerais.

Tanto o crescimento como o desenvolvimento produzem mudanças nos componentes físicos, mental, emocional e social do indivíduo, independentemente de sua vontade. As mudanças ocorrem segundo uma ordem invariante. Por exemplo: antes de falar a primeira palavra a criança balbucia. Antes de formar uma sentença completa com sujeito, predicado e complemento, ela usa frases monossílabas. O mesmo acontece com a marcha. Antes de andar, a criança senta e engatinha. Essa seqüência segue um padrão de evolução e da mesma forma acontece em outras áreas do desenvolvimento.

Apesar das diferenças individuais de cada criança, há evidências de que o processo maturacional, a seqüência dos estágios evolutivos e a direção do desenvolvimento são comuns a todos os seres humanos em todos os lugares e em todos os tempos de sua história.

Embora as crianças progridam com certos padrões, a idade em que cada uma se torna capaz de executar atividades novas e a maneira como as executa, varia de uma para outra. Por exemplo: uma criança pode desenvolver-se de uma forma lenta, rápida, regular ou irregular em vários aspectos de sua vida. E esta é uma das várias razões para se afirmar que uma criança não deve ser comparada com outra, pois cada uma segue um estilo próprio e um ritmo peculiar de desenvolvimento.

A hereditariedade estabelece os limites fisiológicos e psicológicos sobre os quais o ambiente atuará. As modificações orgânicas ou psíquicas resultantes da maturação são relativamente independentes de condições, experiência ou prática, originados do ambiente externo, ou seja, trata-se de tendências inatas. Neste caso, o ambiente atua apenas no sentido de propiciar condições para que a maturação se dê completamente, mas sozinho nada poderá criar no indivíduo.

O amadurecimento não pode ocorrer no vácuo, por isso pressupõe as condições ambientais normais, que lhe possibilitem sua concretização. Por exemplo: há evidências de que a falta de estímulo normal do meio determina retardamento ou retrocesso no amadurecimento das funções intelectuais.

Cada indivíduo apresenta um estilo e um ritmo próprio de evolução e, além disso, é preciso considerar também o meio ambiente (social, econômico e cultural), no qual ele está inserido. É preciso lembrar que cada ser é único e que embora o crescimento pareça seguir os mesmos parâmetros pra todos, o desenvolvimento é o que nos diferencia e nos torna “indivíduos”, no sentido pleno da palavra.

## PERPETUAR A ESPÉCIE: PARA ISSO NASCEMOS?

As espécies vivas fazem loucuras na hora de se perpetuar. No entanto, a espécie humana é muito mais complicada que os animais na hora da perpetuação. Como o ser humano é, antes de tudo, um ser biológico, não escapa de instintos tão fortes quanto os dos animais irracionais.

O homem criou rituais próprios, que poderiam ser chamados de *dança do acasalamento*. Ele precisa fazer coisas como namorar, noivar, casar com grande estardalhaço, convidando todo mundo para uma

grande festa linda e caríssima, para que todos saibam que se habilitou a perpetuar a espécie.

Ele enfrenta oposições e preconceitos, sem temer, na hora da sua dança do acasalamento. Uma coisa fortíssima, como a oposição dos pais à futura união, por exemplo, é facilmente resolvida na hora em que a natureza está fazendo cobranças, e os nubentes ficam iguais aos gatos, com dentes e garras à mostra contra qualquer evento que tente interferir na sua missão de perpetuação da espécie. E depois da dança do acasalamento vão viver sua vida, e em poucos anos têm dois, três filhos.

É mais ou menos por essa época que costuma diminuir o que nós, humanos, chamamos de paixão, que nada mais é que o instinto que leva todas as espécies vivas a se perpetuarem. Nessa época, os que conseguiram desenvolver entre eles uma coisa chamada amizade, ou companheirismo, continuam vivendo juntos, normalmente pelo resto da vida. Muitos, porém, separam-se no final da paixão, e criam grandes dramas em suas vidas, jogando culpa um no outro, acusando-se, enciumando-se irracionalmente, e fazendo outras bobagens, tipo tomar grandes pileques ou partir para outras e outras danças do acasalamento, de novo sob o império da natureza. A natureza, sim, é impiedosa. Deve prevalecer. Portanto, a natureza sempre encontra maneiras de fazer um macho e uma fêmea acasalarem.

Até hoje não se tem conhecimento de um humano que se separou do parceiro refletindo sobre este ato pela ótica da biologia. Longe disso, o humano sempre analisa o fato sob os conceitos da psicologia, e costuma fazer longas terapias para entender o que aconteceu que o levou de roldão numa energia fantástica, e depois se dissipou.

Esta energia fantástica, que os humanos chamam de amor ou paixão, foi a natureza. Ela cobra de cada indivíduo da sua espécie que se perpetue, e a maioria dos indivíduos cumpre direitinho com a sua obrigação. Filhos feitos, a obrigação para com a espécie está cumprida, e a natureza dissipa a energia fantástica, abandona os indivíduos.

E o interessante é que ninguém presta atenção nisto, pois o que mais se vê são humanos não-acasalados perguntando coisas do tipo: “Onde foi que eu errei?” Você não errou, acredite. Você fez a sua parte: garantiu a perpetuação da espécie. O resto são contingências. Com a natureza, você está quite.

## A “ENVELHESCÊNCIA”: O INÍCIO DO FIM?

Uma das funções inevitáveis do organismo é o envelhecimento. Esse processo não discrimina cor, raça, clero e mesmo os dígitos em sua conta bancária. Com o envelhecimento, o organismo começa a perder determinadas funções e capacidades, o que é plausível. No entanto, pode não se tornar evidente por um longo período porque cada órgão ou sistema orgânico possui uma capacidade de reserva, o que possibilita aos órgãos manter uma função ótima mesmo com um número ou função celular diminuídas.

Em indivíduos adultos jovens a capacidade de reserva chega a ser 4 a 10 vezes àquela necessária para a manutenção da vida; já em indivíduos idosos essa capacidade diminui e os efeitos do envelhecimento começam a ser evidentes, como:

1. Diminuição da função cardíaca e respiratória;
2. Diminuição das funções renais; aumento dos riscos à desidratação e mudanças na composição corporal (diminuição da massa muscular magra e aumento da massa de gordura, diminuição na densidade óssea aumentando o risco de fraturas);
3. Mudanças nos níveis hormonais, dificultando a manutenção da temperatura corporal e níveis de açúcar no sangue;
4. Diminuição do sistema imunológico, aumentando a incidência ao câncer e outras doenças;
5. Redução da eficiência com que o oxigênio é liberado para os tecidos.

As hipóteses para as causas do envelhecimento podem ser divididas em dois grupos: hipótese genética e hipótese do desgaste e sofrimento.

A hipótese genética propõe que a morte da célula é desencadeada quando o gene de interromper as funções da célula é ativado (morte celular programada). Segundo esta teoria, os seres vivos nascem programados. Sim, programados! As células têm a capacidade de se multiplicar. É um processo de divisão celular que pode ser de repartição simples ou não. Esta capacidade é limitada, não se repete

indefinidamente. Sabemos que um dia este processo chega ao final e pronto, esgotou sua capacidade.

Essa hipótese é sustentada pelo fato de que culturas de células em laboratório dividem somente um determinado número antes de morrer. Se as células páram de dividir e continuam a morrer, o número total de células tende a diminuir, o que resultará em morte. O estilo de vida é muito importante, pois as pessoas não morrem na mesma idade; assim sendo, é possível diminuir ou acelerar a função de morte celular programada.

A hipótese de desgaste e sofrimento sugere que o envelhecimento é resultado do acúmulo de danos celulares, que podem resultar de erros na síntese de DNA ou influências do meio ambiente (radiação e agentes químicos poluentes). Uma das maiores fontes de danos celulares são os radicais livres, substâncias químicas reativas formadas através de processos metabólicos normais e exposição a fatores ambientais.

Desta forma, percebe-se que a perda de funções normalmente acontece com o envelhecimento natural. A natureza não guarda fidelidade e deixa de ter compromisso com os seres vivos após a perpetuação da espécie. Exemplo clássico disto é o salmão, que após a luta para a desova entra em exaustão e morre.

Entre os humanos o processo é semelhante. A partir dos 30 anos, quando já deve ter sido perpetuada a espécie, a velocidade da perda de função de todos os órgãos se estabelece: A pele começa a se enrugar, a visão e a audição declinam, a massa magra diminui, a água intracelular e extracelular se modificam, as gorduras se acumulam e se distribuem em lugares inadequados, a musculatura intestinal fica mais frágil, o rim diminui sua filtração, perde-se por dia uma média de 30.000 células cerebrais, o pulmão e o coração já não são os mesmos, os ossos perdem massa e ficam frágeis, os hormônios diminuem ou desaparecem, os cabelos perdem sua coloração original e muitos caem, as articulações ficam menos flexíveis e comprometem a marcha, juntamente com alterações vasculares e neurológicas.

Os seres vivos caminham, então, para a SENESCÊNCIA. Quando esta perda de funções vem acompanhada de várias comorbidades (hipertensão, diabetes, artrose, demência) temos a SENILIDADE. Seria este o início do fim?

## A PASSAGEM

Uma coisa já sabemos: somos seres finitos. Finitos em quê? A morte é o nosso único fim? Será que só percebemos a finitude quando um parente ou amigo próximo morre? Não. É certo que a finitude nos ronda em qualquer ato que possamos realizar. Somos seres finitos a cada segundo em nossas vidas. Se pensarmos na morte em um sentido amplo, ela significa toda nossa limitação e fragilidade. E em um sentido restrito ela seria a pré-condição de nossa liberdade de escolha.

Cada escolha dá fim a outras tantas, e isto nos angustia. A cada novo projeto que começamos, encerramos outros. Isso é uma tremenda crueldade: a escolha é finita e as possibilidades de escolhas são infinitas. A todo momento temos que pensar se fizemos a melhor escolha em detrimento de tantas outras. Para cada escolha há infinitas outras que não fizemos. Isto é muita responsabilidade! Melhor pensarmos na finitude só na hora da morte. E enquanto ela não chega, vamos deixando que o acaso ou o destino faça as escolhas por nós.

Então, quando menos esperamos, eis que ela, a morte, bate a nossa porta. Nos desesperamos pelas escolhas que não fizemos, pelas que poderíamos ter feito, e por aquelas que fizemos. Um caos total, onde queremos ganhar o tempo perdido, aproveitar o que nos resta. E isso pode acontecer tanto quanto estamos diante de nossa própria morte quanto diante da morte alheia, de pessoas que nos são queridas.

A morte é um aviso do que há fim implícito em tudo que fazemos. E isto não deve ser entendido com uma visão pessimista, mas sim com uma visão otimizada de cada escolha que estaremos por fazer. A morte, segundo Heidegger,<sup>4</sup> se repete em cada situação de escolha. Para ele,

---

4 Martin Heidegger (1889 – 1976), filósofo alemão, desenvolveu a fenomenologia existencial e é considerado como o mais original filósofo do século XX. A obra de Heidegger foi influenciada por Sócrates e Nietzsche e em seu trabalho mais importante, "Being and Time" (1927), ele esteve particularmente envolvido com a questão da existência do ser humano. Os seres humanos são, segundo ele, colocados num mundo que eles não fizeram, mas que é constituído de coisas potencialmente úteis, incluindo objetos naturais e culturais. Como estes objetos chegaram à humanidade vindos do passado e são usados no presente para atingir objetivos futuros, Heidegger defendeu uma relação fundamental entre o modo de ser dos objetos, a humanidade e a estrutura do tempo. O indivíduo, entretanto, está sempre em risco de ser submerso num mundo de objetos, rotina diária e no comportamento trivial das pessoas. Daí, a sensação de medo e angústia traz o indivíduo a uma confrontação com a morte e com a inutilidade da vida, mas apenas com essa confrontação é que se pode alcançar a autêntica sensação de liberdade e existência. Depois de 1930, Heidegger fez interpretações de concepções ocidentais do ser, como em "An Introduction to Metaphysics" (1953). Ele percebeu que, em contraste com a concepção Grega do ser, a moderna sociedade da tecnologia favoreceu simples atitudes manipulativas, que retiraram o significado da vida. A humanidade esqueceu-se de sua vocação original, que é recuperar um profundo entendimento do ser, que foi conseguido pelos Gregos e perdido pelos filósofos subsequentes.



assumir a morte como possibilidade presente a cada instante é o passo mais responsável na busca de uma existência autêntica e criativa.

Mais do que finitos, somos livres para escolher, com toda a angústia e o sofrimento inerentes a esse processo. Quando escolhemos de forma consciente o que estamos perdendo e ganhando e para quê estamos escolhendo, passamos a ser sujeitos de nossa existência. E, então poderemos morrer e deixar morrer, dizendo que foram feitas as melhores escolhas até aquele momento.

A morte é certa, disso não podemos escapar. Mas viver é escolha pessoal, única e intransferível. Qual é a sua opção?

# GENERALIDADES SOBRE A FINITUDE

## O APAGAR DA VIDA EM DIFERENTES CULTURAS

*Gostaria de suprimir as pompas fúnebres.  
Devemos chorar os homens quando nascem, não quando morrem.*

Montesquieu

A visão que temos da morte na atualidade é resultado de nossa herança cultural. Desta forma, as interpretações atuais sobre a morte constituem parte do legado que as gerações anteriores, as antigas culturas nos deixaram. Arqueólogos e antropólogos, através de seus estudos, descobriram que o homem de Neanderthal já se preocupava com seus mortos. Segundo Morin (1997), “Não somente o homem de Neanderthal enterra seus mortos, mas às vezes os reúne (gruta das crianças, próximo de Menton)”.

Na Pré-História, os mortos dos povos musterenses eram cobertos por pedras, principalmente sobre o rosto e a cabeça, tanto para proteger os cadáveres dos animais, quanto para evitar que retornassem ao mundo dos vivos. Mais tarde, eram depositados alimentos e as armas do morto sobre a sepultura de pedras e o esqueleto era pintado com uma substância vermelha.

*O não abandono dos mortos implica a sobrevivência deles.  
Não existe relato de praticamente nenhum grupo arcaico que abandone seus mortos ou que os abandone sem ritos.  
(Morin, 1997).*

Ainda hoje, nos planaltos de Madagascar, durante toda a vida, os *kiboris* constroem uma casa de alvenaria, lugar onde seu corpo permanecerá após a morte.

A estranha fascinação com a morte também pode ser vista na existência de múmias em quase todas as partes do mundo. Estes restos mortais, preservados para durar e levar a alma da pessoa até outra dimensão, são encontrados tanto no Egito, como nas Américas, como na Europa, e até mesmo na Ásia. Em algum ponto da maioria das culturas, ao que tudo indica, as pessoas concluíram que há uma outra vida além desta, e que pelo menos alguns indivíduos merecem ser mantidos e preservados para a passagem de um lado a outro.

Os egípcios da Antigüidade, em sua sociedade bastante desenvolvida do ponto de vista intelectual e tecnológico, consideravam a morte como uma ocorrência dentro da esfera de ação. Eles possuíam um sistema que tinha como objetivo ensinar cada indivíduo a pensar, sentir e agir em relação à morte.

Entre os egípcios, se preservavam não somente os corpos dos faraós e membros de suas famílias, mas os corpos de quem tivesse dinheiro suficiente para pagar pelo custoso processo. Há também o caso de múmias “espontâneas”, aquelas que a composição do solo, ou outras características ambientais – neve, acidez da terra – produziram múmias em várias partes do mundo. Na América Latina, por exemplo, caso especial é o dos antigos habitantes do que hoje é o Peru, que sacrificavam crianças nas montanhas dos Andes, provavelmente para apaziguar os deuses. Ainda se podem encontrar estes corpos, ricamente vestidos e enfeitados, quase que completamente conservados, mumificados pela neve e o gelo. Também desta região do Peru, e em parte do Chile, vêm as múmias dos Chinchorros.

Assim como as múmias dos Egito, estas também requeriam grande trabalho, sendo que o processo de mumificação exigia grande conhecimento científico. Na Irlanda, na região pantanosa que se chama “bog” já se encontraram vários corpos de pessoas que viveram ali há vários séculos, mumificados pelos componentes químicos do lugar. O mais famoso deste antigo habitante da Irlanda mereceu um poema de Seamus Heaney, poeta irlandês que ganhou o prêmio Nobel de literatura em 1995. Na Dinamarca, perto da vila de Grauballe, em 1952, foi encontrado um corpo mumificado na lama, e sua idade aproximada foi calculada em mais de mil anos. Na Rússia, foram encontradas múmias dos reis do povo chamado *Scythian*, que viveram naquela região do século VIII ao VI a.C. Na Ásia Central, na região da

bacia do rio Tarim, foram encontradas múmias também, conservadas por 4.000 anos pelo clima seco e pelo sal da terra.

Os malaios, por viverem em um sistema comunitário intenso, apreciavam a morte de um componente como uma perda do próprio grupo. Desta feita, um trabalho de lamentação coletiva diante da morte era necessário aos sobreviventes. Além disso, a morte era tida não como um evento súbito, mas sim como um processo a ser vivido por toda a comunidade.

Na Vulgata, segundo “O Livro da Sabedoria”, após a morte o justo irá para o Paraíso. As versões nórdicas do Livro da Sabedoria rejeitaram a idéia de Paraíso descrita no livro original, pois os nórdicos não esperam as mesmas delícias que os orientais após a morte. Isso porque os orientais descrevem que o Paraíso tem “a frescura da sombra”, enquanto os nórdicos preferem “o calor do sol”. Estas curiosidades nos mostram como o ser humano deseja, ao menos após a morte, obter o conforto que não conseguiu em vida.

Entre os *luos*, um dos principais grupos étnicos do Quênia Ocidental, a morte e os rituais que a envolvem são dolorosos, e também dispendiosos. Os maiores gastos dizem respeito à comida, transporte, cerimonial e despesas variadas. Comumente os enterros são retardados por vários dias visto que eles se fazem de preferência nos fins de semana. Quando os familiares mais próximos não conseguem arcar com as grandes despesas, o clã do defunto se encarrega de coletar fundos para cobrir os gastos. Criam-se comitês para coletar recursos financeiros a fim de atender às necessidades costumeiras e para ajudar a fazer o enterro. Esses comitês aliviam em parte o fardo da família do defunto, mas às vezes também acarretam grandes dívidas. Toda coordenação implica reuniões; e reuniões implicam refeições, tempo, longas viagens. Não há nenhuma providência para assegurar o sustento da família depois de realizado o enterro. Se o defunto é um homem que morreu sem ter pago dote à esposa, ou sem ter construído uma pequena cabana (*simba*) no terreno de seus pais, essas duas coisas devem ser incontinenti realizadas antes que o defunto seja enterrado. O casamento só é considerado legal depois que o dote tiver sido pago, porque só uma mulher legalmente casada pode cumprir os rituais de purificação que se seguem ao enterro. É a necessidade da construção da *simba* decorre do fato que a viúva não

tem permissão de entrar na casa de ninguém antes de ser ritualmente purificada.

A viúva deve permanecer em sua casa os três dias que se seguem ao enterro, e só então o ritual de purificação poderá ocorrer. Somente depois de ter os cabelos raspados ou aparados ela poderá casar-se de novo e isso tem que acontecer com um membro da família de seu falecido esposo. A crença é que, se esses ritos não forem executados, haverá conseqüências desastrosas para a família e outras pessoas envolvidas. As despesas podem ser amenizadas com a formação de grupos de solidariedade em que se recolhem contribuições para um fundo de seguro. Isso reduz o fardo da coleta na ocasião da morte. Outra opção é que esses ritos culturais sejam executados sem extravagância.

Em alguns lugares da África ocidental, os moradores locais tinham muito medo do que as pessoas chamadas “*griots*” podiam fazer depois de mortos, e por isso em algumas regiões do Senegal, “enterravam” seus corpos de uma maneira muito estranha. Os *griots* ainda hoje em dia funcionam como artistas, historiadores, contadores de histórias, artistas ambulantes, genealogistas e jornalistas. Eles vão de um lugar ao outro levando e trazendo notícias, contando histórias, cantando músicas. No passado, quando um *griot* morria, a comunidade onde ocorria a morte abria o tronco de um baobá — como se sabe, uma árvore imensa — e ali dentro colocavam o corpo do *griot*. Talvez a comunidade quisesse, assim, preservar o fato de que o *griot* tinha tanta importância que deveria continuar “vivendo” dentro do organismo vivo que é a árvore. Mas talvez o que este costume revele é aquilo que cada um de nós sabe: a morte nos fascina, nos amedronta, e nos lembra, a cada momento, que ela existe e que faz parte da vida.

Os fino-úgricos (povos da região da Península de Kola e da Sibéria Ocidental), têm sua religiosidade profundamente vinculada ao xamanismo. Os mortos destes povos eram enterrados em covas familiares, onde os que morreram há mais tempo recebiam os “recém-mortos”. Assim, as famílias eram constituídas tanto pelos vivos quanto pelos mortos.

Esses exemplos nos trazem uma idéia de continuidade em relação à morte, não sendo a mesma, considerada como um fim em si. Havia uma certa tentativa de controle mágico sobre a morte, o que

facilitava sua integração psicológica, não havendo, portanto, uma cisão abrupta entre vida e morte. Isso, sem dúvida, aproximava o homem da morte com menos terror.

Apesar da familiaridade com a morte, os antigos de Constantinopla mantinham os cemitérios afastados das cidades e das vilas. Os cultos e honrarias que prestavam aos mortos tinham como objetivo mantê-los distantes, de maneira que não “voltassem” para perturbar os vivos. Por outro lado, na Idade Média, os cemitérios cristãos localizavam-se no interior e ao redor das igrejas e a palavra cemitério significava também “lugar onde se deixa de enterrar”. Eram bastante comuns as valas cheias de ossadas sobrepostas e expostas ao redor das igrejas.

O enterramento no solo é o mais antigo modo funerário de sepultura. A inumação dos mortos era também a prática mais comum tanto entre os antigos romanos como os gregos, ao passo que a cremação só se verificava em circunstâncias especiais. O ato de queimar os defuntos entre os romanos era uma exceção, data das guerras que os levaram para regiões longínquas, para evitar que o inimigo os desenterrasse e os profanasse. Os gregos, desde o tempo do primeiro rei de Ática, Cecrops, enterravam os mortos, isto é, 1580 anos antes de Cristo. A cremação entre os gregos somente era concebida quando havia impossibilidade de transportar o corpo à terra natal. A cremação também não foi praticada entre os egípcios e os fenícios, os chineses, os assírios, os babilônicos, os persas, como também era desconhecida nas regiões setentrionais da Europa.

Desde sua origem, a doutrina cristã venera os corpos de seus mártires. O local onde se enterra o corpo de um morto é sagrado. A prática da inumação está profundamente ligada à ressurreição dos corpos. Outro tipo qualquer de destinação final dos cadáveres, como a cremação, anula a imagem do sono à espera do despertar.

Foi a partir do século V que começou a prática de enterramentos nas igrejas<sup>5</sup> ou em cemitérios contíguos a estas. Os cemitérios nesta época eram completamente integrados à comunidade, localizando-se no centro da mesma. Depois do sepultamento, serviam como pasto

---

<sup>5</sup> Nesta época, as igrejas não possuíam bancos ou cadeiras; as pessoas assistiam as missas em pé, de joelhos ou sentados no chão, isto é, sobre as sepulturas.

para o gado, local de feiras, jogos, atalhos para outras áreas e depósitos de lixo. Não havia a separação que temos hoje entre a vida e a morte. Era obrigação dos vivos cuidar para que os mortos tivessem um sepultamento conforme ditavam os ritos da época. Os funerais dos ricos caracterizavam-se pela pompa e luxo. O número de participantes no cortejo também demonstrava a importância do morto; quanto maior o número, mais prestígio denotava o defunto.

Entre a Idade Média e meados do século XVII, predominaram na Europa católica os rituais funerários de morte assistida, aos quais se deu o nome de “morte domesticada”, onde o moribundo era acompanhado em seus aposentos por familiares, amigos e vizinhos até seus últimos momentos.

Ao longo do século XVIII, os rituais fúnebres tornaram-se mais simples e econômicos. Ao mesmo tempo, a forma de se encarar a morte também se modificou. Lentamente, passa a ser hábito velar e enterrar privadamente os mortos no círculo familiar, ao mesmo tempo em que se desenvolveu um temor exagerado à proximidade com os mortos por considerá-la prejudicial à saúde.

No ano de 1835, em Portugal instituiu-se uma lei proibindo os enterros nas igrejas, dando um prazo de 4 anos para que as autoridades responsáveis construíssem cemitérios fora dos limites urbanos. Além disso, a lei previa que todos os padres que desobedecessem à lei seriam demitidos. No entanto, a lei não foi obedecida pela população que fazia questão de ser sepultada nos templos ou cemitérios paroquiais. Ao mesmo tempo, as câmaras municipais solicitavam ao governo central que adiasse a execução da lei por falta de fundos para a construção dos cemitérios.

Em 1844, o governo central criou a Lei de Saúde Pública, revogando a lei anterior, mas mantendo a proibição de enterramentos nas igrejas. Com a lei, foi criada uma rede de autoridades sanitárias responsáveis pelo cumprimento das novas normas: sepultamentos fora das igrejas e em covas individuais, por ainda ser prática os enterramentos dentro das igrejas, embora em número bastante reduzido, o que se presenciou até aproximadamente metade do século XX em Portugal.

A Idade Média foi um momento de crise social intensa, que acabou por marcar uma mudança radical na maneira do homem lidar

com a morte. A sociedade do século XIV foi assolada pela peste, pela fome, pelas cruzadas, pela inquisição; uma série de eventos provocadores da morte em massa. A total falta de controle sobre os eventos sociais teve seu reflexo também na morte, que não podia mais ser controlada magicamente como em tempos anteriores. Ao contrário, a morte passou a viver lado a lado com o homem como uma constante ameaça a perseguir e pegar a todos de surpresa. Esse descontrole fez com que o homem daquela época passasse a temer a morte.

A partir de então uma série de conteúdos negativos começam a ser associados à morte: conteúdos perversos, macabros, bem como torturas e flagelos passam a se relacionar com a morte, provocando um total estranhamento do homem diante deste evento tão perturbador. A morte se personifica como forma do homem tentar entender com quem está lidando, e uma série de imagens artísticas se consagram como verdadeiros símbolos da morte, atravessando o tempo até os dias de hoje.

Essa troca social entre o mundo dos vivos e o mundo dos mortos tende, aos poucos, a se desfazer. Se os ritos de morte eram comunitários até o século XIII, uma vez que a Igreja Católica intervinha, até então, apenas para absolver o moribundo ou o morto dos seus pecados, a morte passou a ser, a partir daí e durante muito tempo, 'clericalizada'. Os ritos que tendiam a exprimir a violência da dor passaram a representar o controle de si, com a família e os amigos silenciados no seu drama. O padre passou a ocupar a cena principal, e não mais o morto. Após o último suspiro, o morto não pertence mais nem aos seus pares ou companheiros, nem à família, mas à Igreja.

Concomitantemente a essa clericalização da morte, o corpo do morto, que era considerado figura familiar pelos ritos de morte que lhe votavam os vivos, passa a ser insuportável à vista, levando à sua ocultação, primeiro através da mortalha e, posteriormente, através do esquife. Além disso, se nas sociedades tradicionais a afetividade era repartida entre um número maior de pessoas, não se restringindo, portanto, apenas aos membros próximos da família, mas se diluindo em círculos cada vez mais amplos, a partir do século XVIII, a afetividade é, bem ao contrário, inteiramente concentrada, desde a infância, sobre algumas poucas pessoas que se tornam insubstituíveis e inseparáveis. E tanto a repulsa pela figura da morte, como a afeição que é votada ao moribundo pela sua família, faz com que lhe ocultem

a verdade do seu fim próximo, num silêncio que constrange tanto aqueles que o impõem como aquele que se vê alvo dele. Essa mentira, da qual são cúmplices tanto o moribundo como aqueles que desejam ‘protegê-lo’ da trágica notícia, empurra a morte para a clandestinidade.

Mas, se desde a Alta Idade Média até a metade do século XIX, a atitude diante da morte mudou, essa mudança deu-se, no entanto, de forma bastante lenta, se comparada com a revolução brutal das idéias e sentimentos observados a partir de então. A morte, tão presente no passado, de tão familiar, vai se apagar e desaparecer, tornado-se vergonhosa e, por isso, objeto de interdição. Espetáculo nauseabundo, pelos odores e imagens que traz, torna-se inconveniente e, portanto, indecente a sua demonstração pública. Com isso, uma nova imagem da morte vai se formando: a morte feia e escondida, e escondida porque é feia e suja. Os ritos de morte, que até então se mantiveram com algumas poucas modificações ao longo dos tempos, começam a ser esvaziados em sua carga mítica com os processos empregados para o seu escamoteamento.

Processo concomitante e profundamente imbricado se dá no sentido de extrair da morte as armas que, se acredita, defenderão a vida de seu ataque mórbido. A medicina desnuda a morte buscando munir-se, através dela, de conhecimentos e técnicas para ludibriar ou, pelo menos, adiar a finitude humana. Assim, morrer de velhice passa a ser considerada a forma natural de morte. Por conseqüência, todas as outras maneiras de se morrer são consideradas contra a natureza e, por isso, mortes desnecessárias. Com isso, aos poucos, o conhecimento médico foi negando e se desvencilhando do ‘obscurantismo’ trazido pela idéia mágico-sobrenatural da morte.

Cada vez mais ocorrem intensas e velozes mudanças sociais, expressas pelos avanços tecnológicos. O homem tem se tornado cada vez mais individualista, preocupando-se menos com os problemas da comunidade. Essas mudanças têm seu impacto na maneira com a qual o homem lida com a morte nos dias atuais.

Na atualidade, o homem convive com a idéia de que uma bomba pode cair do céu a qualquer momento. Não é de se surpreender, portanto, que o homem, diante de tanto descontrole sobre a vida, tente se defender psiquicamente, de forma cada vez mais intensa contra a morte, como afirma Kübler-Ross (1997): “Diminuindo a cada dia sua

capacidade de defesa física, atuam de várias maneiras suas defesas psicológicas”.

Ao mesmo tempo, essas atrocidades seriam verdadeiras pulsões de destruição; a dimensão visível da pulsão de morte. A morte revelou sua correlação com a vida em diversos momentos históricos. Era possível escolher onde morrer; longe ou perto de tais pessoas, em seu lugar de origem, deixando mensagens a seus descendentes. A possibilidade de escolha deu lugar a uma crescente perda da dignidade ao morrer, como assevera Kübler-Ross (1997): “[...] já vão longe os dias em que era permitido a um homem morrer em paz e dignamente em seu próprio lar”.

Outra coisa que sabemos é que a morte é, em todo mundo, uma ocasião triste, mesmo quando a pessoa que morre já é idosa ou está doente. Depois dos primeiros momentos, em alguns casos, talvez a família respire aliviada por não estar mais testemunhando o sofrimento do doente, ou a demência do *velhinho*, mas logo vem a consciência que esta pessoa jamais vai ser vista outra vez. Sua voz nunca mais vai ser ouvida. A pessoa morta não vai mais vir para jantar. Não vai mais telefonar. Não vai mais poder convidar para um cafezinho, ou dar uma bronca, ou contar uma piada, ou simplesmente ESTAR no mundo com a gente. A pessoa que morreu não vai mais mudar. Não vai mais envelhecer. A pessoa que morreu vai seguir por um caminho que nós não conhecemos. É a finitude em sua mais grave e profunda expressão.

## HOMENAGEANDO AQUELES QUE SE FORAM

*Morte, vela, sentinela sou  
Do corpo desse meu irmão que já se vai  
Revejo nessa hora tudo o que ocorreu  
Memória não morrerá*

(Milton Nascimento)

Quando o homem se deu conta de que aqueles que morreram não mais estarão presentes nos eventos sociais, começaram as muitas homenagens aos mortos, as muitas cerimônias tentando apaziguá-los, consolá-los, ou mesmo entrar em contato com eles. Neste momento,

surgem as diferentes manifestações culturais que se centram nestas tentativas de reencontrar a pessoa que se foi.

Também o horror da decomposição do cadáver passou a suscitar rituais para abrandá-lo. Na Pré-História, foram criadas algumas práticas que visavam apressar a decomposição (cremação e canibalismo), evitá-la (embalsamamento) ou afastá-la do convívio com os vivos (sepultamento, transporte do corpo para um local ritualístico). Se essa presença pútrida do morto sempre foi sentida como contagiosa, muitas das práticas funerárias e pós-funerárias visam proteger os vivos do espectro maléfico ligado ao cadáver que apodrece.

Os rituais do luto têm o sentido da purificação, sendo seu período correspondente à duração da decomposição. É preciso lembrar ainda que a impureza trazida pela putrefação afeta também os parentes do morto, sendo eles obrigados a se cobrirem com um sinal distintivo ou esconder-se, durante o período no qual grassa o contágio da morte.

Os ritos fúnebres costumam revelar mais sobre os vivos do que sobre os mortos. Expressam a percepção social de uma determinada comunidade diante da morte de um de seus membros, a qual se vê ameaçada em face da aparição do caos e da descontinuidade produzidos pela morte. O morto não é somente um indivíduo biológico, mas também um ser social esculpido no indivíduo físico cuja morte é pouco menos que um sacrilégio contra a ordem social.

Neste sentido, os rituais fúnebres tendem a inverter essa circunstância negativa para a comunidade e a transformá-la, quando possível, em uma triunfante afirmação da perdurabilidade do social. É por isso que as cerimônias fúnebres, além de exprimirem sentimentos subjetivos, estão impregnadas de ações e representações coletivas. Tendemos a considerar as emoções expressas diante da morte como individuais ou pessoais, no entanto, é preciso notar como os rituais organizam e manipulam essas emoções.

Desde o começo dos tempos – em qualquer cultura – os indivíduos procuraram um princípio infinito além dos seus corpos mortais e se indagaram sobre a vida eterna: o que poderia existir depois da morte? Se a vida que vivemos é finita e a verdadeira vida está além da morte, para saber o que é a vida verdadeira é preciso primeiro enfrentar a morte. As iniciações por um rito de morte estão presentes desde as culturas arcaicas até os dias de hoje.

A descida do iniciado aos infernos – uma viagem em que aos poucos tudo lhe é retirado – é a condição para poder ressuscitar e responder à pergunta: “Quem sou eu?”. Até Cristo fez esta viagem.

Antigamente, em diversas religiões e seitas os iniciados eram conduzidos a cavernas ou enterrados vivos numa tumba escura. Deveriam sentir a presença da morte e correr o risco real de perder suas vidas. Assim conheceriam o suficiente sobre si mesmos para identificar o *eu verdadeiro*, aquele que se recusa a morrer porque sabe que é eterno. Só então os discípulos em busca de sabedoria poderiam ganhar seu verdadeiro nome, que é o nome que devemos dar ao *eu eterno*. O nome mundano a morte leva quando passa.

Nos tempos modernos, o ritual da morte é feito pela vida: ninguém vai para o fundo de uma caverna ou para dentro de um caixão – sabe que aquilo é só um ritual, que não corre o risco de morrer de verdade. Então, é melhor não fazer; ninguém sai transformado de um simples ritual. Mas a vida e o sofrimento vão nos matando aos poucos, vão levando embora partes de nós mesmos que considerávamos imortais.

Então é preciso prestar atenção ao que a vida e o tempo não conseguem exterminar. Este é o *verdadeiro eu*. Este *eu verdadeiro* não é o mesmo para todas as pessoas, como a morte não é a mesma. A morte mata diferentemente cada um de nós, tira de nós diferentes pedaços e o que sobra também é diferente: muitos “eus” conviverão na eternidade, bons e maus. A uns resta o amor, a outros o ódio. Vida e morte, no fundo, têm papéis iguais – são transformadoras.

Mas existe “alguém” dentro de nós que a morte não leva e a vida não modifica. E só depois de termos passado por uma e por outra, podemos ganhar nosso nome iniciático: aquele que é secreto e ninguém mais deve saber; que não devemos dizer em voz alta porque é a palavra que nomeia o que temos de eterno.

Quem quer que tenha visto a morte de frente, reconhece-a e se lembra do encontro para sempre. Isto não quer dizer enfrentar situações de perigo; às vezes passamos por situações perigosíssimas, imaginamos que ela pode estar por perto, mas não a vemos. No dia em que a encontramos, quando batemos nosso olho no seu olho, temos a certeza absoluta de quem é ela: é mais poderosa do que qualquer de nós e sabemos que vai levar tudo, não adianta espernear. Porém, ela

não é toda-poderosa. Mesmo com a nossa insignificância e a nossa miséria de recursos, algo em nós ela vai respeitar. Não é o corpo físico; este ela destrói rindo. E mostra logo que vai levar também tudo que a nossa vaidade criou; anuncia que as nossas obras vão durar pouco, ficam por aqui algum tempo e depois ela também leva.

O que restou de toda a humanidade que viveu antes de nós? As pirâmides, alguns templos, umas poucas idéias e um ou outro livro. Até a música que nos chegou é recente: não sabemos como era a música que se fazia há 2 ou 3 mil anos. Tudo o que pudermos criar vai morrer. Mas *alguém* dentro de nós a enfrenta quando ela aparece. Alguém dentro de nós cresce de repente e diz: “*Eu* não vou morrer; e comigo você pode lutar, mas não vai vencer”. Quando este *eu* nasce, a morte se retira – ela é velha como o mundo e sabe quando é hora de ir embora. Depois que ela passa só resta este *eu*: o resto ela leva. Mas este *eu* é tudo que importa. É ele que recebe um novo nome. Para os iniciados, a morte é um batismo.

No México, o dia dos mortos — “*el día de los muertos*” — é uma ocasião especial. Para o dia 2 de novembro, em cada casa se monta um altar, no qual são homenageados os mortos da família. Também em alguns lugares públicos tais altares são montados, homenagens são feitas, em uma maneira de manter viva a tradição. Além das fotos dos finados, estes altares contêm o “*pan de muerto*” — um tipo de rosca doce que pode ser feita em forma de caveira. No altar também há flores, velas, perfumes, coisas que os falecidos gostavam, e até cartas para eles, escritas por familiares e amigos. Para as crianças se distribuem caveirinhas de açúcar, e também há muitos bonequinhos com formas de esqueletos em posições divertidas. Este costume, que vem dos tempos pré-colombianos, indica que neste dia as almas dos parentes visitam a terra, especialmente a casa da família, e assim têm a ocasião de passar tempo com os parentes, matando as saudades, escutando as novidades.

Mas muitas pessoas não acreditam que há um outro lado. A morte, para muitos, é um final definitivo, e não uma passagem. No entanto, mesmo para estes é possível usar esta ocasião para dizer algo. Como exemplo, temos as cerimônias funerárias em que a família do morto se esmera nas suas demonstrações de riqueza e poder. Tais cerimônias têm como intento alcançar mais *status* para a própria

família do morto, e esta ocasião o espaço cultural da cerimônia pode ser considerado a sua última contribuição à família.

No Brasil, muitos usam até o cemitério para fazer suas afirmações de riqueza e classe social: basta ir a qualquer um, e ali estão os túmulos feitos de materiais caros, extremamente enfeitados, e com o nome da família em destaque. É impossível não comparar tal costume com um que existe nos Estados Unidos, em que, em geral, os cemitérios são bastante simples, e as famílias fazem doações para várias causas em homenagem ao morto. Tanto pelos excessos de demonstração de poder, quanto pela simplicidade das tumbas, os cemitérios podem ser tomados como uma manifestação histórica, cultural, artística, religiosa, e até política. Parece ser um fato mundial que, embora a morte possa significar a cessação da presença física da pessoa morta, não significa que a sua contribuição para a sua família, grupo social, partido político ou país cessem com a sua morte física.

Um fato interessante na Inglaterra é que a rainha Vitória, quando seu marido Alberto morreu, em 1861, estabeleceu uma série de normas a serem seguidas durante o luto, desde a roupa negra, papéis de carta com uma faixa negra, até os elaborados funerais. O período de luto variava dependendo da relação que a pessoa tinha com o morto. Havia o seguinte quadro:

MORTE DE	PERÍODO DE LUTO
Marido	2 ou 3 anos
Esposa	3 meses
Pai ou filho	1 ano
Irmão ou irmã	6 meses
Avós	6 meses
Tias e tios	3 meses
Sobrinhos e sobrinhas	2 meses
Tios-avós	6 semanas
Primos	4 a 6 semanas

Esta relação nos leva a concluir, por exemplo, que a perda de uma esposa era menos importante que a perda dos avós. Isso nos leva a outra consideração: a do valor da relação entre a pessoa morta e

quem a perdeu. Há a relação aos parentes e amigos mais próximos, mas também temos outra categoria de pessoas cuja morte nos afeta, embora talvez nunca tenhamos visto esta pessoa em “carne e osso”.

A tentativa de contato com os mortos também existe desde sempre na história da humanidade. As sessões espíritas em que as pessoas mortas supostamente voltam e falam pela boca do médium, as cerimônias especiais em algumas culturas indígenas em que membros vivos entram em transe e se conectam com os espíritos dos ancestrais, e mesmo aos milagres que os cristãos atribuem aos santos<sup>6</sup>, todas são formas de contato com os que estão do outro lado. Seria esta uma tentativa de aliviar nossa dor diante da morte de outrem?

## QUAL O LUGAR IDEAL PARA A PASSAGEM?

Nos dias atuais, 70% dos pacientes morrem nos hospitais, enquanto no século passado, 90% morriam em casa, perto de seus familiares. Isto ocorre porque, nas sociedades ocidentais o moribundo é, geralmente, afastado de seu círculo familiar.

*O médico não aceita que seu paciente morra e, se entrar no campo em que se confessa a impotência médica, a tentação de chamar a ambulância (para se livrar do “caso”) virá antes da idéia de acompanhar o paciente em sua casa, até o fim da vida. (Mannoni, 1995).*

A morte natural deu lugar à morte monitorada e às tentativas de reanimação. Muitas vezes, o paciente nem é consultado quanto ao que deseja que se tente para aliviá-lo. A medicalização da morte e os cuidados paliativos, não raro, servem apenas para prolongar o sofrimento do paciente e de sua família. É muito importante que as equipes médicas aprendam a distinguir cuidados paliativos e conforto ao paciente que está morrendo de um simples prolongamento da vida. Este assunto será tratado mais profundamente em outro capítulo.

<sup>6</sup> Para os menos crédulos, os santos são nada mais nada menos pessoas que viveram alguma experiência excepcional, e que em resultado adquiriram status especial.

Um aspecto comportamental do ser humano em relação à morte é que antigamente preferia-se morrer lentamente, perto da família, onde o moribundo tinha a oportunidade de se despedir. Atualmente, é comum se ouvir dizer que é preferível uma morte instantânea do que o longo sofrimento causado por uma doença. Entretanto, contrariando o senso comum, o tempo da doença, ajuda a assimilar a idéia de morte e a conseguir tomar decisões concretas, como a adoção dos filhos ou a resolução de desentendimentos.

A verdade é que nossa cultura não incorpora a morte como parte da vida. Pensa-se nela como castigo e é comum ouvirmos comentários como: “Ele era tão bom, por que morreu?” Para nós, morte é afastamento, silêncio. É a única certeza que se tem. Somos ensinados a não considerar a morte como fato na cultura ocidental.

Talvez isso aconteça por conta do pecado original. Pressupõe-se que se fez algo horrível e a morte é a punição. Adão e Eva, depois de cederem ao pecado, foram castigados tornando-se mortais. Até hoje, nos momentos de raiva profunda e explícita, acabamos dizendo frases como “Tomara que você morra” com o intuito de expressar nossa frustração e nosso descontentamento e desejando ao outro um “castigo terrível”: morrer.

Há ainda o medo do desconhecido. Pacientes terminais querem saber o que vai acontecer quando a vida acabar. Os que se apóiam em alguma crença se sentem de alguma forma amparados. Na verdade, a questão da religiosidade e a forma como a passagem é encarada será tratada mais adiante.

A nossa humanidade tem muito a ver como nos relacionamos com os mortos, como os respeitamos, como nos despedimos deles. Nós, humanos, somos os animais que sabemos que vamos morrer, e a morte nos fascina. Esta fascinação é, de fato, uma das maneiras em que nos diferenciamos dos demais animais.

Todos estes assuntos são fascinantes em si mesmos. Falar da morte, entender como ela é tratada no mundo inteiro, não deve necessariamente ser assunto depressivo ou macabro. Longe disso: precisamos ter consciência que entender a morte é uma forma de vivenciar melhor o milagre da vida em si.

## MORTE E MITOLOGIA

s.f. (Do gr. *mythologia*.) 1. Estudo sistemático dos mitos. 2. Conjunto de mitos de uma determinada cultura transmitido pela tradição (oral ou escrita).

Presentes em todas as culturas, os mitos situam-se entre a razão e a fé, mas são considerados sagrados. Os principais tipos de mito referem-se à origem dos deuses, do mundo e ao fim das coisas.

Distinguem-se mitos que contam o nascimento dos deuses (Teogonia), mitos que contam a criação do mundo (Cosmogonia), mitos que explicam o destino do homem após a morte (Escatologia) e outros.

Segundo alguns especialistas, os mitos encarnam fenômenos fundamentais da vida: o Amor, a Morte, o Tempo, etc., e certos fenômenos, como as Florestas, as Tempestades, têm sempre um mesmo valor simbólico, seja qual for a civilização considerada.

*No princípio havia o Caos, um imenso espaço ilimitado. Então surgiu Gaia, a Terra, a primeira realidade sólida. Depois veio a Noite. Mas ainda restava um espaço vazio sobre Gaia, e para preenchê-lo ela criou um ser igual a si, o Céu (Urano). Gaia e Urano uniram-se. Quando o Caos organizou-se com as divindades primordiais chamou-se Cosmos. (Hesíodo – Séc. VIII a.C.).*

Os mitos são um conjunto de narrativas permeadas de símbolos e arquétipos. A palavra grega *mythos* significa “história” e também “esquema”, “plano”. Servem para expressar o mundo e a realidade através de uma essência que é transmitida em representações coletivas de símbolos, em histórias de deuses e heróis da Antigüidade, mostrando características e situações típicas da existência humana, como fecundação, nascimento, morte, união, separação, guerra e paz.

Nas antigas civilizações, os mitos desempenham a nobre função de expressar e exemplificar as crenças, os princípios, os rituais, as regras, de modo que eles são realidades “vivas”, códigos da vivência primitiva e de sua sabedoria.

Para a mitologia, a morte não aparece como fato natural, mas como elemento estranho à criação original, algo que necessita de uma justificação, de uma solução em outro plano de realidade. Três explicações predominam nas diversas mitologias. Há mitos que falam de um tempo primordial em que a morte não existia e contam como ela sobreveio por efeito de um erro, de castigo ou para evitar a superpopulação. Outros mitos, geralmente presentes em tradições culturais mais elaboradas, fazem referência à condição original do homem como ser imortal e habitante de um paraíso terreno, e apresentam a perda dessa condição e a expulsão do paraíso como tragédia especificamente humana. Por fim, há o modelo mítico que vincula a morte à sexualidade e ao nascimento, analogamente às etapas do ciclo de vida vegetal, e que talvez tenha surgido em povos agrícolas.

Na mitologia grega, Tânatos (ou Thanatos) é o deus da morte, nascido antes da criação da humanidade por Prometeu, que servia à Hades trazendo-lhe súditos. É irmão gêmeo de Hipnos, o deus do sono. Como seus irmãos sofredores e libertários, era filho de Érebo e de Nyx, deusa da noite, filha da união entre o Caos e a Escuridão. Era representado como um jovem alado portando uma tocha apagada. Embora bastante utilizado na arte e poesia, sua adoração era apenas significativa em Esparta, onde era alvo do culto popular. Foi descrito por Eurípides (484-406 a.C.) como uma figura sinistra coberta de negro, passeando entre os homens e com uma faca na mão. Porém, outros autores gregos o descreveram com uma aparência menos hostil e com asas. Para os gregos era um deus, mas para os romanos era uma deusa, chamada de Mors.



Thanatos, Alkestis, Herakles.

Existe uma lenda que narra como o jovem Sísifo, o rebelde, astucioso e esperto fundador e primeiro rei de Corinto, o derrotou e o aprisionou quando este veio buscá-lo, dando, portanto, imortalidade às pessoas. Por algum tempo os homens não morriam, até que Ares libertou a Morte. Sísifo foi condenado a descer aos infernos e teve sua punição final nos moldes da concepção grega do inferno como lugar onde se realizam trabalhos infrutíferos: castigado após a morte, por tentar dar poderes divinos aos humanos, à rolar uma pedra eternamente pela montanha acima, em uma tarefa eterna, pois uma vez colocada no alto, a pedra rolava novamente para o pé da montanha. Além da Morte, existiam a serviço do deus ínfero Hades, as serviçais Erínias, as Fúrias para os romanos, conhecidas como as deusas vingadoras que buscavam os criminosos, e as Keres, deusas da morte violenta para buscar os mortais comuns.

Na religião e mitologia astecas, Tezcatlipoca era o deus do céu noturno, da lua e das estrelas, senhor do fogo e da morte, uma das figuras mais temidas do panteão asteca. Há ainda o Mictlantecuhli, o

deus da morte, senhor de Mictlán, o reino silencioso e escuro dos mortos.

Entre os maias, Ixchel é a Grande-Mãe da Vida e da Morte. Ela derrama as águas da vida do seu jarro de ventre sobre todos nós. Ixchel também é a dona dos ossos e das almas dos mortos. Sua festa é realizada em 1.º de novembro, Dia dos Mortos.



Ixchel, a Grande-Mãe da Vida e da Morte na cultura maia.



Na mitologia hindu, a morte representada pelo deus Yama é encarada como uma válvula de escape para o controle demográfico. Quando a “Mãe-Terra” torna-se sobrecarregada de pessoas vivas, ela apela ao deus Brahma que envia, então, a “mulher de vermelho” (que representa a morte na mitologia ocidental) para levar pessoas, aliviando assim, os recursos naturais e a sobrecarga populacional da “Mãe-Terra”.

Entre os Guaranis,<sup>7</sup> a figura primária na maioria das lendas da criação é Tupã, o deus supremo de toda a criação. Com a ajuda da deusa lua Arasy, Tupã desceu à Terra num lugar descrito como um

<sup>7</sup> A mitologia guarani refere-se às crenças do povo Guarani da porção centro-sul da América do Sul, especialmente os povos nativos do Paraguai e parte da Argentina, Brasil e Bolívia.

monte na região do Aregúa, Paraguai, e deste local criou tudo sobre a face da Terra, incluindo o oceano, florestas e animais. Também as estrelas foram colocadas no céu nesse momento. Tupã então criou a humanidade<sup>8</sup> em uma cerimônia elaborada, formando estátuas de argila do homem e da mulher com uma mistura de vários elementos da natureza. Depois de soprar vida nas formas humanas, deixou-os com os espíritos do bem e do mal e partiu. Representando o mal e as aflições e castigos pelas quais os homens passariam, os guaranis acreditavam em Luison, deus da morte e de tudo relacionado a ela.



O poderoso Odin.

<sup>8</sup> De acordo com a maioria dos mitos Guaranis, eles foram, naturalmente, a primeira raça criada, com todas as outras civilizações nascidas deles.

Na mitologia nórdica, Odin era o pai de todos, protetor dos poetas, dos guerreiros, dos estadistas e o Deus da Morte, da Guerra e da Magia. Carrega a lança, *Gungnir*, que nunca erra o alvo e que no cabo tem runas gravadas que ditam a preservação da lei. Cavalga o garanhão de oito patas, *Sleiphir*, e reúne guerreiros para lutarem com ele. Conquistou as runas, alfabeto nórdico, para a humanidade através de um ato de sacrifício pessoal e trocou seu olho direito por sabedoria. Seu dia é quarta-feira. Na mitologia galesa celta, Arianrhod ou Arianrod (Roda-Prateada ou Círculo de Prata) era a virgem branca, deusa do nascimento, iniciação, morte e renascimento. Já na mitologia irlandesa celta, Fata-Morgana é a deusa do mar, das ilusões visuais, encantamentos, destino e morte. Para os egípcios, o deus da morte era Sethi.

Como se observa, cada povo tenta, ao longo da história, atribuir a morte a uma divindade, uma força suprema conta a qual não temos qualquer influência ou poder. De maneiras diversas, cada civilização procura demonstrar que a morte é parte integrante da vida. Como deve ser.

## MORTE E RELIGIÃO

A morte foi o choque supremo para o homem em evolução, a combinação mais desconcertante de acaso e de mistério. Não era a santidade da vida em si que inspirava o medo, mas sim o choque da morte.

Em meio aos povos selvagens, a morte comumente era causada pela violência, de modo tal que a morte não violenta tornou-se cada vez mais misteriosa. A morte, enquanto fim natural e esperado para a vida, não era algo que estivesse claro para a consciência dos povos primitivos, e foram necessárias idades e mais idades para que o homem compreendesse a sua inevitabilidade.

Desde os primórdios, os homens acreditavam que os fenômenos naturais, como por exemplo, as trevas, o calor, o frio, a vida e a morte, eram controlados por deuses e espíritos, os quais eram capazes de habitar as rochas, as árvores ou os rios, sendo que cada um deles possuía uma função diferente do outro. Os crédulos acreditavam receber sua benevolência por meio de oferendas, como canções, danças, sacrifícios e magia.

A morte nas sociedades primitivas não era personalizada, ou seja, dava-se como resultado de uma intervenção maléfica externa, que poderia ser um feitiço ou obra de um ancestral que voltou para buscar um membro da comunidade. A presença obsessiva da morte e do morto na mentalidade de povos primitivos se mostra pela presença dos espíritos, assim como a eles também eram atribuídos os fenômenos da natureza, como citado anteriormente. Desta forma, o homem primitivo aceitou a vida como um fato, ao mesmo tempo em que considerava a morte como uma visitação de alguma outra espécie.

Todas as raças têm as suas lendas sobre homens que não morriam, vestígios das tradições da atitude inicial para com a morte. Na mente humana, já existia o conceito nebuloso de um mundo do espírito, obscuro e não-organizado, um domínio de onde vinha tudo o que é inexplicável na vida humana, e a morte estava nessa lista longa de fenômenos sem explicação.

Foi a compreensão da impotência diante das forças poderosas da natureza, junto com o reconhecimento da fraqueza humana diante das visitações da doença e da morte, que impeliu o selvagem a buscar ajuda do mundo supramaterial, vagamente visualizado como a fonte dessas vicissitudes misteriosas da vida.

Vale ressaltar que nessas sociedades primitivas morria-se sempre em público, pois nunca se estava só, fisicamente, no momento da morte. Elas construía, portanto, sistemas de defesa contra a angústia da morte, embasados em ritos e crenças que buscavam dar ao ser humano ilusão de perenidade e, por não se apoiarem na individualização e sim na participação da pessoa no seio do grupo, não concebiam a morte como ausência ou separação irreparáveis.

Ao analisarmos a história das civilizações antigas, como as do Egito, China, Grécia e Roma, percebemos que estas eram politeístas, ou seja, possuíam vários deuses, que, em sua grande maioria, eram temidos por seus adoradores, que sempre se esforçavam para não os ofender ou irritar. Sacerdotes, especialmente treinados para interpretar a vontade divina, ensinavam ao povo como viver conforme a vontade dos deuses e também como homenageá-los. Esta atividade permitia que os sacerdotes obtivessem um grande poder.

Grande parte das religiões acredita numa existência após a morte, onde os bons são recompensados e os maus recebem uma

punição. Este é o motivo que fazia com que os egípcios embalsamassem os corpos dos faraós. Já nos funerais do homem primitivo, assim como os de chefes de tribos escandinavas, existia a demonstração de crença numa outra existência.

A idéia de uma força superior às demais, como o deus Sol, a deusa Lua, Zeus ou Odin, formou uma fé comum a muitos povos; contudo, foram os hebreus (e depois os judeus) que introduziram a crença num único Ser Supremo (Jeová), criador de todo o Universo. Posteriormente surgiu o Cristianismo, onde a partir dos ensinamentos de Jesus Cristo, Filho de Deus, conforme se encontra escrito no Novo Testamento, o homem conhece o Evangelho. A religião cristã baseia-se no amor.

As religiões orientais são em grande parte bem antigas e seguidas por inúmeros povos, entretanto, uma mesma religião toma rumos diferentes de acordo com o país e costumes de seus fiéis. O budismo, através da sua mitologia, busca afirmar a inevitabilidade da morte. A doutrina budista nos conta a “Parábola do Grão de Mostarda”: uma mulher com o filho morto nos braços, procura Buda e suplica que o faça reviver. Buda pede à mulher que consiga alguns grãos de mostarda para fazê-lo reviver. No entanto, a mulher deveria conseguir estes grãos em uma casa onde nunca houvesse ocorrido a morte de alguém. Obviamente esta casa não foi encontrada e a mulher compreendeu que teria que contar sempre com a morte.

De forma mais didática, procuramos organizar as diferentes visões que as religiões têm sobre a morte. Veja a seguir.

## Catolicismo

Para os católicos, a crença na vida eterna é um ato de fé. Ao morrer, a pessoa passa por uma transformação que abrange seu corpo e sua alma e chega a uma nova realidade, chamada de céu ou paraíso. Esse processo de transformação ocorre em quatro estágios. Primeiramente, o ser humano purifica-se dos pecados e dos sofrimentos. A seguir, ele participa da Comunhão dos Santos, contempla Deus pela visão beatífica e ingressa na eternidade, onde tem a chance de desabrochar ao lado de Deus e de manifestar apenas seu lado bonito e puro. Assim, nosso destino é a eternidade. Os pais

humanos geram filhos destinados à morte biológica, mas Deus dá a seus filhos o amor e a vida eterna. “O corpo é semeado corruptível, mas ressuscita incorruptível” (I Cor 15,42b).

## Espiritismo

Os espíritas crêem que, no momento da morte, o espírito se desprende do corpo e retorna ao mundo espiritual, de onde se apartara ao reencarnar. Esse plano espiritual não se situa num local específico: ele transcende os limites do tempo e do espaço, de modo que os espíritos povoam os espaços infinitos. Eles estão sempre perto de nós, e os chamados “Espíritos de Luz” nos prestam auxílio. Vale ressaltar que a alma é o espírito revestido de corpo físico, enquanto o espírito é a nossa verdadeira essência. Ao atingir a perfeição, o espírito se liberta do ciclo de morte e renascimento e ascende para mundos superiores, onde receberá alguma nova missão determinada por Deus. O espaço de tempo entre uma encarnação e outra, bem como o número médio de vidas, variam de um espírito para outro. Mas o que realmente importa é que nosso destino final é a *perfeição*.

## Budismo Tibetano

Segundo o Bardo-Thodol (Livro dos Mortos Tibetano), a alma se desprende do corpo e penetra num túnel luminoso. Ao longo do caminho, ela vai deparar com diversos portais, nos quais permanecerá por períodos de tempo variáveis. Na verdade, quanto mais evoluído o espírito, mais rápida é a viagem. A pessoa muito presa aos valores terrenos tende a ficar tempo demais nos portais associados às suas fraquezas. Por exemplo: alguém guloso vai ficar um tempão no portal dos alimentos, até vencer seu desejo de comer excessivamente. Quem lida com a idéia da morte de maneira sábia e serena tende a reencarnar mais cedo do que aqueles que não aceitam a idéia. Com isso, o espírito também agiliza seu processo de evolução e não tarda a chegar ao Nirvana, o estado de perfeição absoluta que é o destino final de todos os seres humanos.

## Candomblé

Para os adeptos dessa doutrina afro-brasileira, a morte é uma interrupção parcial do ciclo da existência, que ocorre quando o corpo físico cessa suas funções vitais. Mas o ser humano tem também outros três corpos: o espírito imortal, o sopro vital e o corpo etérico (aura). Quando os quatro corpos estão unidos, vibrando juntos, a pessoa é um *elegun* (ser vivo). Depois que ela morre, passa a ser um *egun* (criatura de ossos). Quando o corpo físico chega ao fim, a centelha divina prossegue em seu caminho. Os ritos funerários de um iniciado no culto aos orixás variam conforme o grau hierárquico e litúrgico da pessoa em questão, sua idade iniciática e as funções que ela desempenhava dentro da comunidade religiosa. O principal objetivo dessa cerimônia, que se realiza a partir do sétimo dia do falecimento, é conscientizar o espírito da sua partida e afastá-lo do corpo material. Também é necessário efetuar o desligamento do axé, que é a essência vibratória do orixá de cabeça, sobretudo se o indivíduo tiver sido consagrado. É que, após a iniciação, o axé se funde com o corpo. Após os rituais fúnebres, o espírito, livre do corpo que já não o serve mais e do axé, pode continuar seu caminho (*onan*). Um dia ele voltará a reencarnar, com a permissão de Olodumaré, orixá que rege o destino e os segredos da existência.

## Hinduísmo

Para essa religião milenar, a morte é parte de um processo de aperfeiçoamento do espírito. Todos os seres (minerais, vegetais e animais) estão presos à Roda de Samsara, que simboliza o ciclo da morte e do renascimento. Para o hindu, o espírito que nasce na condição de ser humano já experimentou muitas outras formas de vidas anteriores. Ao se tornar humano, o espírito entra numa fase de aprimoramento mais complexo. As exigências se tornam maiores e é provável que ele precise de muitas encarnações para atingir a perfeição, que é seu objetivo final. Nesse ponto, o Hinduísmo assemelha-se muito ao Budismo Tibetano – que, aliás, derivou da religião hindu. Assim, acredita-se que o espírito ingresse num túnel luminoso, cheio de portais, associados aos bens e desejos terrenos. Quanto menos tempo o espírito permanecer nesses portais, melhor

para sua evolução, pois ele poderá reencarnar mais rapidamente. Só que, antes que isso aconteça, ele lembrará todas as suas existências anteriores e será esclarecido sobre a missão que deverá cumprir em sua próxima vida.

## Islamismo

Dentro da tradição islâmica, a morte simboliza a passagem do espírito para um outro estágio de vida, que ainda não é a vida eterna. Enquanto não chega o Dia do Juízo Final, anunciado no Alcorão pelo profeta Maomé, as almas desencarnadas aguardam seu destino num plano intermediário, que não é o inferno nem o paraíso. O encaminhamento final só acontecerá no Dia do Juízo, quando todos serão ressuscitados em seus corpos e julgados por Alá. Então, cada ser humano, vivo ou desencarnado, receberá sua recompensa. E muitos têm a esperança de que a misericórdia de Alá seja tão infinita que nenhuma alma se perca por toda a eternidade. Maomé descreveu o paraíso como sendo um lugar pleno de paz e de muitas delícias. Já o inferno é o lugar dos tormentos e das dores mais terríveis.

## Judaísmo

O Judaísmo ensina que a morte não é o fim da existência. Ela apenas assinala uma transformação dentro da lógica natural da vida. O corpo morre e é sepultado, mas o espírito permanece. Essa certeza da eternidade se reflete de muitas formas: nas palavras do Kadish, a oração dos mortos, que fala de vida e não de morte, num sinal de total confiança nos misteriosos desígnios de Deus; na denominação do cemitério, que é chamado de *Beit Há'Chayim* (Casa da Vida); e na fé de que, ao morrer, o homem vislumbra a *Shechiná* (presença divina). Os ortodoxos acreditam que os mortos ressuscitarão em seus corpos no dia da vinda do Messias. Por esse motivo, são contrários à cremação.

As correntes mais liberais acreditam que essa ressurreição se dê sob uma ótica simbólica: entre o mundo dos mortos e o mundo dos vivos há uma ponte de ligação, que é o amor. E essa ponte é transposta todos dias, por meio de nossos pensamentos e atos. Quando seguimos o

exemplo de um antepassado, nós o estamos trazendo de volta à vida. E, na chegada de uma era messiânica, a ligação se tornará ainda mais fácil.

Vale assinalar que o Judaísmo frisa a igualdade entre os homens na hora da morte. O sepultamento é feito sem ostentação e a simplicidade é o antídoto da idolatria: o judeu não pode “cultuar” seus mortos, pois só se deve adorar a Deus.

## A REPRESENTAÇÃO DA MORTE NA ARTE

*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. (Philippe Ariès).*

Segundo Picasso, “a Arte não é a verdade. A Arte é uma mentira que nos ensina a compreender a verdade”.

O ser humano é dotado de talentos e inteligências múltiplas e, por isso, é capaz de fazer com que a morte não seja o fim de sua existência entre os vivos. As grandes descobertas e as grandes obras de artes são exemplos mais elevados de que, apesar da morte, os frutos da vida estendem por muito mais tempo a existência de um ser, muito mais do que prevê os próprios anos de vida.

Neste tópico, estão relacionadas algumas pinturas, poesias, livros, filmes, músicas e outras expressões da morte na arte.

### PINTURAS

#### Arte no Egito

A arte no Antigo Egito era totalmente dedicada à morte, com construções de templos, esculturas de deuses, túmulos, pinturas e projetos arquitetônicos. As tumbas dos primeiros faraós eram réplicas

de suas casas, construídas nas formas retangulares, recebendo o nome de mastábas, das quais originaram as pirâmides.

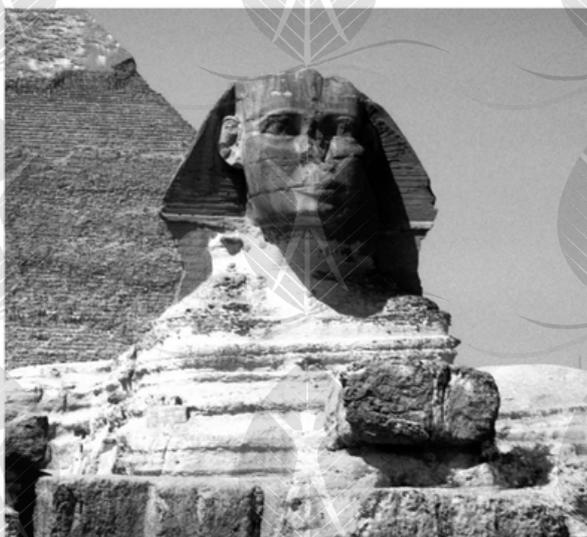
A construção da pirâmide Djaser na região de Sacará foi uma das primeiras obras de grande destaque no Egito. As pirâmides de Gizé foram construídas por Quéops, seu filho Quéfren e seu neto Miquerinos. Ao redor das pirâmides dos reis e das rainhas há fileiras de mastábas de pedra para o resto da família real e os cortesãos. O local é guardado pelo deus-Sol na forma de Esfinge. A esfinge, outra obra gigantesca, com 20 metros de altura por 74 de comprimento, representa a imagem do faraó Quéfren.



Primeira Pirâmide.



Pirâmides de Gizé, Quéops e Quéfren.



A Esfinge.



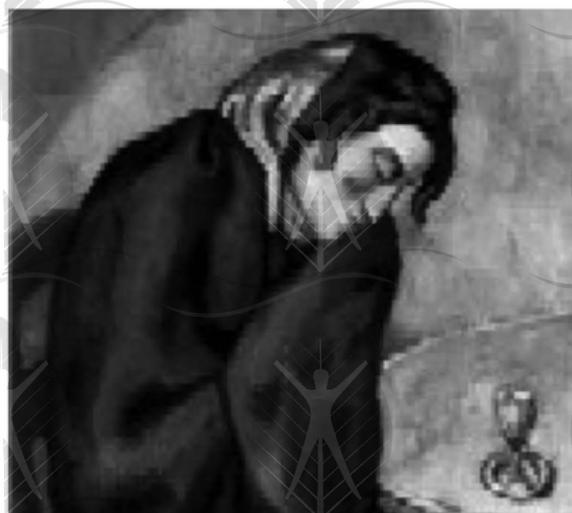
Múmia.

## Pablo Picasso

Noventa e dois anos de vida dedicados à arte de pintar. Das diversas fases pela qual o pintor passou, destacam-se a fase AZUL, que representa a tristeza e a melancolia dos mais pobres, e a fase ROSA em que pinta acrobatas e arlequins. Depois de descobrir a arte africana e compreender que o artista negro não pinta ou esculpe de acordo com as tendências de um determinado movimento estético, mas com uma liberdade muito maior. Picasso desenvolveu uma verdadeira revolução na arte. Em 1907, com a obra *Les Femmes d'Alger* começa a elaborar a estética cubista que, como vimos anteriormente, se fundamenta na destruição de harmonia clássica das figuras e na decomposição da realidade.



Cartes à jouer, verres, bouteille de rhum.



Mulher cansada.



O Pequeno Almoço na Relva, segundo Manet.



Les Femmes d'Alger.



Cabeça de uma mulher morta.



Trois femmes sous un arbre.

Picasso procurava na arte de tourear de Dominguín as respostas para as suas sempiternas perguntas sobre o tempo, a vida e a morte. A obra de um artista é uma espécie de diário. Quando o pintor, por ocasião de uma mostra, vê algumas de suas telas antigas novamente, é como se ele estivesse reencontrando filhos pródigos – só que vestidos com túnica de ouro.

A deflagração e o posterior desenvolvimento da II Guerra Mundial contribuíram para que a paleta de Picasso se obscurecesse e a morte se tornasse o tema mais freqüente da maior parte de suas obras. Jacqueline veio restaurar a paz perdida. Mas as obras dos anos 50 e 60, tecnicamente admiráveis, decaíram em termos de poder inventivo. Iniciou então séries de variações sobre obras-primas de Delacroix, Velázquez e Manet. Era um retorno ao passado.

## Nicolas Poussin

Pintor francês do período barroco, nasceu perto de Les Andelys, na Normandia, em 1594. Poussin foi contemporâneo de Simon Vouet (1590-1694), que iniciou em Paris a rigorosa tradição da pintura barroca francesa. Da escola de Roma, Poussin é considerado o pintor francês mais importante.

Ele mudou abruptamente de estilo durante a década de 30, passando a pintar cada vez mais cenas clássicas e mitológicas, em que era dado um crescente relevo a temas arcadianos, ou seja, ligados à lendária região grega da Arcádia.



Martírio de São Erasmo, 1624-1624  
Museu do Vaticano.



A Morte de Narciso, 1623-1626  
Museu do Louvre, Paris.



Bacanal, década de 1630  
Museu de Louvre, Paris.

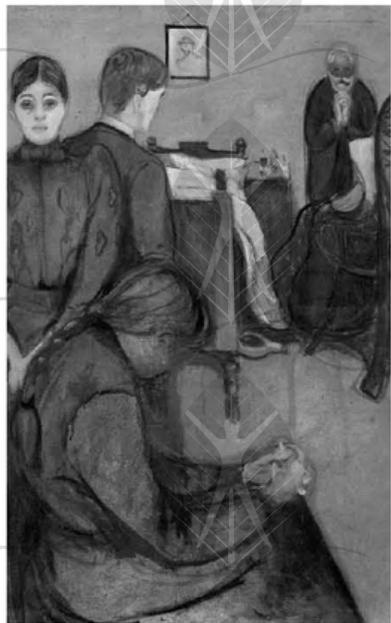
A temática da Arcádia foi frequentemente usada e o seu significado prende-se com a brevidade da vida e com a certeza da morte.

## Edvard Munch

A morte é uma temática que obviamente teve grande influência na produção artística de Edvard Munch (1863-1944). Entre elas, estão as obras *Melancolia* (1895), *O Leito da Morte* (1895), *A Criança Doente* (1881) e *A Mãe à Cabeceira da Criança Doente* (1884), *Morte no Quarto da Doente* (1895), *A Mãe Morta e a Criança* (1899).



A Criança doente.



Morte no quarto.



A mãe morta e a criança.

## Pieter Bruegel

Bruegel foi um pintor holandês da Renascença. Sua maneira de pintar é nada menos que uma idealização de costumes e crenças do meio rural flamengo.

Na obra “O triunfo da morte”, Bruegel retrata a alegoria medieval das danças da morte. O mais despojado realismo governa a composição, como as chamas dos incêndios governam a cor.



O triunfo da morte, de Bruegel.

Percebem-se vários tons de preto, vermelho, marrom, enfim, variadas cores relacionadas com uma obscuridade e amedrontamento singular.

Segundo estudiosos, a vida imitou a arte: Bruegel antecipou 400 anos os campos de concentração nazistas.

## Rembrandt

Pintor holandês no período barroco, Rembrandt produziu muitos auto-retratos, quadros de parentes, amigos, encomendas em geral. Dentre todos os quadros do pintor o que mais se destacou na história da arte foi uma encomenda. O quadro chama-se “Lição de anatomia do professor Tulp”, no qual se vêem homens em volta de um cadáver.

Como foi uma encomenda, não há muita informação referente à morte no quadro. O que se pode notar é o modo como a época e as pessoas, de um nível sócioeconômico melhor, tratam da morte de um indivíduo. É preciso levar em conta que o cadáver realmente existiu nessa época. Aris Kindt foi um ladrão holandês, que morreu para entrar na história da arte; logo após ter roubado um casco, ele foi enforcado.



A lição de anatomia do professor Tulp – Mauristshuis, Haia.

Não se pode deixar de analisar a obra sem saber um pouco sobre o período: os artistas desta época faziam pinturas onde o espectador passeia pela tela de um mundo totalmente obscuro, sem luminosidade, note o corpo do falecido, totalmente iluminado, esse fato não lhe faz remeter-se ao seu próprio falecimento. Talvez Rembrandt tenha desejado mostrar a superação de ser um falecido.

## MÚSICAS

*Devia ter amado mais, ter chorado mais  
Ter visto o sol nasce  
Devia ter arriscado mais e até errado mais  
Ter feito o que eu queria fazer  
Queria ter aceitado as pessoas como elas são  
Cada um sabe a alegria e a dor que traz no coração [...]*

Epitáfio – Titãs

*Quem espera que a vida  
Seja feita de ilusão  
Pode até ficar maluco  
Ou morrer na solidão  
É preciso ter cuidado  
Pra mais tarde não sofrer  
É preciso saber viver [...]*

É preciso saber viver – Roberto Carlos

Em “Epitáfio” e em “É preciso saber viver” há idéia de viver intensamente a vida. Nestas músicas não se fala diretamente sobre a morte, mas sim da forma como a vida poderia ou pode ser conduzida. Essa conclusão de “viver com intensidade” e “em busca daquilo que lhe faz bem” é resultado da certeza de que a vida é finita e que, portanto, precisa ser bem vivida.

*Amou daquela vez como se fosse a última  
Beijou sua mulher como se fosse a última  
E cada filho seu como se fosse o único  
E atravessou a rua com seu passo tímido  
Subiu a construção como se fosse máquina  
Ergueu no patamar quatro paredes sólidas  
Tijolo por tijolo num desenho mágico  
Seus olhos embotados de cimento e lágrima*

*Sentou pra descansar como se fosse sábado  
Comeu feijão com arroz como se fosse um príncipe  
Bebeu e soluçou como se fosse um náufrago  
Dançou e gargalhou como se ouvisse música*

Construção – Chico Buarque

---

Em algumas músicas de Chico Buarque é possível perceber a reflexão sobre o valor da vida e a descoberta de que ela é finita. Em Construção há uma profundidade de reflexão sobre o trabalho, dedicação e família, mas é em “Morte e Vida Severina” que a morte no agreste brasileiro é expressa de forma mais contundente.

*Esta cova em que estás, com palmos medida  
É a conta menor que tiraste em vida  
É de bom tamanho, nem largo, nem fundo  
É a parte que te cabe deste latifúndio  
Não é cova grande, é cova medida  
É a terra que querias ver dividida  
É uma cova grande pra teu pouco defunto  
Mas estarás mais amplo que estavas no mundo  
É uma cova grande pra teu defunto parco  
Porém, mais que no mundo, te sentirás largo  
É uma cova grande pra tua carne pouca  
Mas a terra dada não se abre a boca  
É a conta menor que tiraste em vida  
É a parte que te cabe deste latifúndio  
(É a terra que querias ver dividida)  
Estarás mais ancho que estavas no mundo  
Mas a terra dada não se abre a boca*

Morte e Vida Severina – Chico Buarque

---

Outras composições também trazem a imagem da morte, sua angústia e vinculação com a vida:

*Nunca pensei um dia chegar  
E te ouvir dizer:  
Não é por mal  
Mas vou te fazer chorar  
Hoje vou te fazer chorar  
Não tenho muito tempo  
Tenho medo de ser um só  
Tenho medo de ser só um  
Alguém pra se lembrar  
Alguém pra se lembrar  
Alguém pra se lembrar*

*Faz um tempo eu quis  
Fazer uma canção  
Pra você viver mais  
Faz um tempo que eu quis  
Fazer uma canção  
Pra você viver mais*

*Deixei que tudo desaparecesse  
E perto do fim  
Não pude mais encontrar  
O amor ainda estava lá  
O amor ainda estava lá*

Canção para você viver mais – Pato Fu

---

*Você que é tão avoada  
Pousou em meu coração  
Moça, escuta esta toada  
Cantada em sua intenção  
Nasci com a minha morte  
Dela não vou abrir mão*

Canto Latino – Milton Nascimento e Ruy Guerra

---

*Sua mãe e eu  
Seu irmão e eu  
E a mãe do seu irmão  
Minha mãe e eu  
Meus irmãos e eu  
E os pais da sua mãe  
E a irmã da sua mãe  
Lhe damos as boas-vindas  
Boas-vindas, boas-vindas  
Venha conhecer a vida  
Eu digo que ela é gostosa  
Tem o sol e tem a lua  
Tem o medo e tem a rosa  
Eu digo que ela é gostosa  
Tem a noite e tem o dia  
A poesia e tem a prosa  
Eu digo que ela é gostosa  
Tem a morte e tem o amor  
E tem o mote e tem a glosa  
Eu digo que ela é gostosa  
Eu digo que ela é gostosa*

*Boas Vindas – Caetano Veloso*

---

*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 última 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 abater 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  
Morte, morte, morte que talvez seja o segredo desta vida*

*Canto para Minha Morte – Raul Seixas e Paulo Coelho*

---

*Senhoras e senhores  
Trago boas novas  
Eu vi a cara da morte  
E ela estava viva  
Eu vi a cara da morte  
E ela estava viva – viva!*

*Boas Novas – Cazuzza*

---

*É tão estranho, os bons morrem jovens  
Assim parece ser quando me lembro de você  
Que acabou indo embora cedo demais [...]  
– Vai com os anjos, vai em paz  
Era assim todo dia de tarde, a descoberta da amizade  
Até a próxima vez, é tão estranho  
Os bons morrem antes  
Me lembro de você e de tanta gente  
Que se foi cedo demais [...]  
Só que este ano o verão acabou  
Cedo demais*

*Love In The Afternoon – Legião Urbana*

---

As manifestações culturais expressas em “toadas de boi” são conhecidas através do Festival Folclórico de Parintins, no interior do Amazonas, durante o qual é representada a morte do boi. Catirina, grávida, tem o desejo de comer língua de boi. Francisco, seu marido, sacrifica o boi da fazenda em que trabalha para que a vontade da mulher seja satisfeita. Mas seu patrão descobre o ocorrido e decide prender Francisco. Padre e médico da região tentem ressuscitar o animal, mas somente o pajé da tribo consegue fazer com que o animal

ressuscite por meio de seus poderes sobrenaturais e seus diversos encantamentos. Depois de vivo, o boi volta ao palco e a festa reinicia, com todo o fulgor que o momento exige.

E vida continua...

## LIVROS

A literatura que aborda aspectos sobre morte é vasta e ampla. Procuramos selecionar apenas algumas dicas para quem deseja saber mais sobre o assunto.

*A Criança e a Morte.*

Wilma Torres. Editora Casa do Psicólogo.

Wilma Torres foi a pioneira em nosso meio, desenvolvendo a área da Tanatologia (estudos sobre a morte). Como todos os pioneiros, teve que desbravar campos ainda desconhecidos e lutar contra preconceitos. Foi na década de 1970 que surgiram as suas primeiras publicações sobre o tema nos Arquivos Brasileiros de Psicologia, envolvendo pesquisas referentes ao desenvolvimento do conceito da morte em crianças nos vários estágios, sua principal área de pesquisa.

*Morte: O Que Está Acontecendo?*

Karen Bryant-Mole. Editora Moderna.

A morte é para sempre? Por que sinto tanta raiva? Quem vai tomar conta de mim? É minha culpa? O que está acontecendo? Este livro responde a muitas perguntas que as crianças fazem quando morre alguém que amam ou quando ouvem falar sobre a morte. Ele ajuda a entender os sentimentos de solidão, medo e pesar que rodeiam essa experiência dolorosa e a lidar com eles. Acima de tudo, este livro é uma mensagem para as crianças que não conseguem entender o que está acontecendo quando alguém morre.

História da Morte no Ocidente – Da Idade Média aos Nossos Dias.  
Philippe Ariès. Editora Ediouro.

Neste mais recente lançamento da coleção “Clássicos Ilustrados”, Philippe Ariès, universalmente considerado um dos melhores historiadores contemporâneos no campo do estado de atitudes, nos mostra o comportamento humano diante da morte na sociedade ocidental cristã, sob o ponto de vista histórico e sociológico, abrangendo o período que vem desde a Idade Média – quando a morte era domesticada – até o desenlace de nossos dias, onde a percepção social só vê o maldito, a negação absoluta.

Por um Fio.  
Drauzio Varella. Editora Companhia das Letras.

Este livro tem capítulos curtos, com histórias que podem ser lidas fora de ordem, mas que se organizam em um grande painel sobre o momento em que as pessoas ficam por um fio. É um livro sobre gente de verdade, de carne e osso, que ama, que se emociona, que sofre, que vive e que morre.

O Dia em que o Passarinho não Cantou.  
Luciana Mazorra e Valéria Tinoco. Editora Livro Pleno.

Este livro, que pode ser lido para e/ou pelas próprias crianças, trata sobre a perda de um animal de estimação, uma experiência bastante comum para a criança, que provoca muito sofrimento e a coloca em contato com a questão da morte, podendo levar ao questionamento de outras situações de perda e morte. O objetivo do livro é abrir uma conversa com a criança a respeito do tema da morte, podendo ser um instrumento para pais, professores e psicoterapeutas, facilitando a abordagem do tema.

### Menina Nina

Ziraldo. Editora Melhoramentos.

Este livro fala de personagens que o autor, Ziraldo, conhece, com quem ele conviveu e com quem construiu sua vida. É como se ele sentasse para contar para seus leitores uma história corriqueira e, ao mesmo tempo, aproveitasse para ter com Nina, sua primeira neta, aquela difícil e delicada conversa que gostaríamos imensamente de não ter nunca.

### O Medo da Sementinha.

Rubem Alves. Edições Paulus.

Conta a trajetória de uma Sementinha desde seu nascimento até virar uma bela árvore. Durante esse percurso, surgem medos e preocupações com o desconhecido. A mãe dela acompanha esses sentimentos, confortando-a e tentando tornar mais fáceis esses momentos. Da morte da Sementinha nasce uma linda árvore, e, assim, o medo foi embora, dando lugar a uma vida muito feliz. Com essa metáfora, o autor trata da morte e da vida como amigas, onde uma dá lugar à outra.

### A História de uma Folha.

Leo F. Buscaglia. Editora Record.

*Era uma vez uma folha, que crescera muito. A parte intermediária era larga e forte, as cinco pontas eram firmes e afiladas. Surgira na primavera, como um pequeno broto num galho grande, perto do topo de uma árvore alta. A Folha estava cercada por centenas de outras folhas, iguais a ela. Ou pelo menos assim parecia. Mas não demorou muito para que descobrisse que não havia duas folhas iguais, apesar de estarem na mesma árvore. Alfredo era a folha mais próxima. Mário era a folha à sua direita. Clara era a linda folha por cima. Todos haviam crescido juntos. Aprenderam a dançar à brisa da primavera, esquentar indolentemente ao sol do verão, a se lavar na chuva fresca. Mas Daniel era seu melhor*

*amigo. Era a folha maior no galho e parecia que estava lá antes de qualquer outra. A Folha achava que Daniel era também o mais sábio. Foi Daniel quem lhe contou que eram parte de uma árvore. Foi Daniel quem explicou que estavam crescendo num parque público. Foi Daniel quem revelou que a árvore tinha raízes fortes, escondidas na terra lá embaixo. Foi Daniel quem falou dos passarinhos que vinham pousar no galho e cantar pela manhã. Foi Daniel quem contou sobre o sol, a lua, as estrelas e as estações.*

Este livro apresenta uma história tendo as folhas como personagem. Ele conta como elas mudam com a passagem das estações, caindo finalmente ao solo com a neve do inverno, ilustrando o equilíbrio entre a vida e a morte.

A Montanha Encantada dos Gansos Selvagens.

Rubem Alves. Edições Paulus.

Narra a história de gansos que não tinham dono, por isso eram selvagens. E, porque eram livres, tinham que enfrentar o frio e o calor, os caçadores e a fome. Mas, apesar dos momentos difíceis, tinham muitas alegrias, como o nascimento de um gansinho, o Cheiro-de-Jasmim. Ele gostava muito das histórias contadas pelos velhos gansos à beira do lago. Um dia ouviu a história sobre a Montanha Mágica, onde a vida era bela, mas só iriam para lá os velhos, pois esses eram mais leves (por não terem mais tantos medos), e podiam voar até lá. Com o passar do tempo, seu pai, que tanto amava, foi ficando leve até que chegou sua hora de partir. Cheiro-de-Jasmim ficou muito triste, mas sabia que seu pai estava contente por estar num lugar tão belo.

A Casa – Um Olhar sob as Janelas da Morte por Violência na Família.

Andréa C.V. Gomes Botelho. Editora Livro Pleno.

Fruto de uma dissertação de mestrado, este livro consiste numa obra vigorosa que trata de um tema dramático numa linguagem lírica, livre da aridez, geralmente, encontrada na linguagem acadêmica.

## Morte e Desenvolvimento Humano.

Maria Júlia Kovács. Editora Casa do Psicólogo.

A morte faz parte do desenvolvimento humano significando e ressignificando a vida. O tema da morte sempre desafiou, intimidou e também fascinou o ser humano em várias épocas e fases do seu desenvolvimento. A Psicologia como ciência, arte, reflexão e prática cuida da questão do homem, da sua relação com os outros e com o mundo, com a vida e também com a morte. Atualmente, falar sobre esse tema ainda é um tabu, embora problemas como câncer, AIDS, desespero, solidão, luto, suicídio e violência constantemente nos remetam a meditar sobre ele, enquanto pessoas e mais particularmente como psicólogos e profissionais de saúde.

## As Intermitências da Morte.

José Saramago. Editora Companhia das Letras.

Depois de séculos sendo odiada pela humanidade, a morte resolve pendurar o chapéu e abandonar o ofício. O acontecimento incomum, que a princípio parece uma bênção, logo expõe as intrincadas relações entre Igreja, Estado e a vida cotidiana. “Não há nada no mundo mais nu que um esqueleto”, escreve José Saramago diante da representação tradicional da morte. Apesar da fatalidade, a morte também tem seus caprichos. Cansada de ser detestada pela humanidade, a ossuda resolve suspender suas atividades. De repente, num certo país fabuloso, as pessoas simplesmente param de morrer. E o que no início provoca um verdadeiro clamor patriótico logo se revela um grave problema. Idosos e doentes agonizam em seus leitos sem poder “passar desta para melhor”. Os empresários do serviço funerário se vêem “brutalmente desprovidos da sua matéria-prima”. Hospitais e asilos geriátricos enfrentam uma superlotação crônica, que não pára de aumentar. O negócio das companhias de seguros entra em crise. O primeiro-ministro não sabe o que fazer, enquanto o cardeal se desconsola, porque “sem morte não há ressurreição, e sem ressurreição não há igreja”. Um por um, ficam expostos os vínculos que ligam o Estado, as religiões e o cotidiano à mortalidade comum de todos os cidadãos. Mas, na sua intermitência, a morte pode a qualquer

momento retomar os afazeres de sempre. Então, o que vai ser da nação já habituada ao caos da vida eterna? Ao fim e ao cabo, a própria morte é o personagem principal desta “ainda que certa, inverídica história sobre as intermitências da morte”. É o que basta para o autor, misturando o bom humor e a amargura, tratar da vida e da condição humana.

## FILMES

Esta lista de filmes apresenta títulos que versam sobre a morte, a busca de novos significados para a vida, um novo olhar sobre o que nos rodeia. São histórias diferentes, abordagens variadas, mas que nos levam a repensar nosso existir.

### Amor Além da Vida

Depois da morte de seus dois filhos, Chris Nielson (Robin Williams) e sua mulher, Annie (Annabella Sciorra), passam por insuperáveis dificuldades emocionais. Anos depois, acontece outra tragédia: Chris também morre. Ele vai para o Paraíso, onde conhece Albert (Cuba Gooding Jr), um rapaz de bom coração que vai ajudá-lo a se adaptar à nova existência. Para Annie, a morte do marido é a última gota que a prendia à vida, e ela acaba se suicidando. Porém, diferente de Chris, ela não, ao Paraíso, mas sim a um lugar diferente, uma espécie de purgatório onde ficam as almas perturbadas. Quando descobre o destino da mulher, Chris pede ajuda a Albert e os dois saem em uma jornada em busca da salvação da alma de Annie, provando que o amor desafia qualquer infortúnio.

### Minha Vida

Michael Keaton encarna Bob Jones em Minha Vida. Ele é o proprietário de uma empresa de relações públicas, cujo casamento sólido e feliz com Gail Jones (Nicole) reverte suas expectativas depois que ele recebe duas notícias: primeiro, Jones descobre que será pai pela primeira vez. Logo em seguida, é informado que sofre de uma doença

terminal. Sabendo que poderá estar morto antes de seu filho nascer, ele resolve então fazer um vídeo apresentando-se a ele e discorrendo sobre os momentos mais alegres e mais penosos de sua vida.

### Minha Vida sem Mim

Tendo apenas 23 anos, Ann (Sarah Polley) é mãe de duas garotinhas, Penny (Jessica Amlee) e Patsy (Kenya Jo Kennedy), e é casada com Don (Scott Speedman), que constrói piscinas. Ela trabalha todas as noites na limpeza de uma universidade, onde nunca terá condições de estudar, e mora com sua família em um trailer, que fica no quintal da casa da sua mãe (Deborah Harry). Ann mantém uma distância obrigatória do pai, pois ele há dez anos está na prisão. Após passar mal, Ann descobre que tem câncer nos ovários. A doença alcançou o estômago e logo estará chegando no fígado, assim ela terá no máximo três meses de vida. Sem contar a ninguém seu problema e dizendo que está com anemia, Ann faz uma lista de tudo que sempre quis realizar, mas nunca teve tempo ou oportunidade. Ela começa uma trajetória em busca de seus sonhos, desejos e fantasias, mas imaginando como será a vida sem ela.

### Laços de Ternura

Aurora e Emma vivem os altos e baixos da relação mãe-filha. Enquanto Aurora, mãe protetora e viúva há alguns anos, não aprova o casamento de sua filha, Emma vive o drama de saber que seu marido a trai. Entre desentendimentos e alegrias, Aurora começa a se relacionar com o ex-astronauta Garrett Breedlove, um vizinho paquerador, enquanto Emma descobre que tem câncer.

### Tomates Verdes Fritos

Evelyn Couch (Kathy Bates) é uma dona de casa emocionalmente reprimida, que habitualmente afoga suas mágoas comendo doces. Ed (Gailard Srtain), o marido dela, quase não nota a existência de Evelyn. Toda semana eles vão visitar uma tia em um hospital, mas a parente nunca permite que Evelyn entre no seu quarto. Em uma ocasião,

enquanto ela espera que Ed termine sua visita, Evelyn conhece Ninny Threadgoode (Jessica Tandy), uma debilitada, mas gentil senhora de 83 anos, que ama contar histórias. Através das semanas, ela faz relatos que estão centrados em duas jovens, Idgie (Mary Stuart Masterson) e Ruth Jamison (Mary-Louise Parker), que provocam a ira dos cidadãos menos tolerantes de Whistle Stop. Mas elas fazem um tomate frito que é conhecido como uma iguaria por todos da região. Assim, cativam até os mais hostis, como também a senhora Evelyn Couch, que ouve a história e a partir de então resolve mudar algumas coisas em sua vida.

### Tudo por Amor

Victor Geddes (Campbell Scott) é um jovem de uma família rica, que faz tratamento quimioterápico por ter leucemia. Ele conhece e apaixona-se por Hillary O'Neil (Julia Roberts), que cuida dele. O amor é correspondido, mas pode gerar conseqüências trágicas. Ambos agora devem viver a vida ao máximo, pois a cura de Victor Geddes é incerta.

### Uma Lição de Vida

Vivian Bearing (Emma Thompson) é uma professora catedrática de poesia inglesa do século 17. Exigente e precisa em seu trabalho, ela só se deixa abater quando recebe o diagnóstico de câncer no ovário em estágio avançado. Concordando em participar de uma experiência, com uma nova droga, Vivian terá que conviver com terríveis efeitos colaterais. Após anos preocupando-se com os versos metafísicos, agora sua especialidade será outra, a dor e o sofrimento físico, passam a fazer parte de sua vida. Para Vivian, este processo, é devastador e superá-lo é seu novo desafio.

### O Homem Bicentenário

Na primeira década do novo milênio, com os avanços da tecnologia global superando a soberania humana, Richard Martin (Sam Neill) compra um presente, um novo robô NDR-114. O produto é batizado com o nome de Andrew (Robin Williams) pela filha mais jovem da família. O Homem Bicentenário (*Bicentennial Man*) segue as

aventuras e a vida de Andrew, um robô comprado para ser um eletrodoméstico sofisticado, programado para cumprir tarefas rotineiras. À medida que Andrew começa a sentir emoções e a pensar de modo criativo, a família Martin logo descobre que não levou para casa um robô qualquer.

### O Óleo de Lorenzo

Um garoto levava uma vida normal até que, quando tinha seis anos, estranhas coisas aconteceram, pois ele passou a ter diversos problemas de ordem mental que foram diagnosticados como ALD, uma doença extremamente rara que provoca uma incurável degeneração no cérebro, levando o paciente à morte em no máximo dois anos. Os pais do menino ficam frustrados com o fracasso dos médicos e a falta de medicamento para uma doença desta natureza. Assim, começam a estudar e a pesquisar sozinhos, na esperança de descobrir algo que possa deter o avanço da doença.

### Encontro Marcado

Bill Parish (Anthony Hopkins) tem tudo – sucesso, riqueza e poder. Dias antes de seu 65º aniversário ele recebe a visita de um misterioso estranho, Joe Black (Brad Pitt), que logo se revela como a Morte, em pessoa. Em troca de tempo extra, Bill concorda em servir como guia terreno de Joe. Mas Bill vai se arrepender de sua escolha quando Joe inesperadamente se apaixona pela sua bela filha, Susan (Claire Forlani). Esse filme é mais para reflexão, pois trata de descobrirmos que vamos morrer e termos uma chance de revisar nossa vida.

## POESIA

A morte, sem dúvida, também é um tema, objeto de pesquisas e preocupações. Negá-la como fato é difícil. Admitir as perplexidades que a cercam é quase uma virtude, principalmente amparada pelo equilíbrio mental. Querer fugir à realidade de que, ainda, ela assusta, é arriscado intelectualmente.

A morte amedronta? São diversos os conceitos, variadas as posições frente à temática. Mas, de fato, a morte é, existe e representa, sim, a única e definitiva certeza da vida. Já muitos o disseram.

O “Poeta do hediondo”, Augusto dos Anjos, no célebre soneto com esse título, confessou:

*Eu sou aquele que ficou sozinho  
Cantando sobre os ossos do caminho  
A poesia de tudo quanto é morto!*

Há ainda uma pseudo-piada de Woody Allen, muito interessante, que diz:

*Não que eu esteja  
com medo de morrer.  
Apenas não queria estar lá  
quando isso acontecesse.*

Brincadeira séria, reflete mais ou menos a maioria dos seres vivos quanto à Morte. Quevedo também oscila em seis versos significativos:

*O que chamais de morrer  
é acabar de morrer  
E o que chamais nascer  
é começar e morrer  
E o que chamais viver  
É morrer vivendo.*

O que é a morte? São Paulo decifrou-a:

*A morte é passagem para a vida definitiva. (2 Coríntios, 4, 16-18 e 5, 1-10).*

Eurípedes, o trágico poeta grego, já refletia indeciso por volta de 480 a.C.:

*Morrer deve ser como não haver nascido  
e a morte talvez seja melhor até que a vida  
de dor e mágoas, pois não sofre  
quem não tem a sensação dos males.*

Fernando Pessoa considerava a morte um “enigma” e falou disso em seus versos:

*O que é a vida e o que é a morte  
Ninguém sabe ou saberá  
Aqui onde a vida e a sorte  
Movem as cousas que há  
Mas, seja o que for o enigma  
De haver qualquer coisa aqui  
Terá de mim o próprio estigma  
Da sombra em que eu vivi.*

Omar Khayyam falou da morte com restrição até à vida:

*Não temo a morte: prefiro  
esse fato inelutável  
ao outro que me foi imposto  
no dia do meu nascimento.  
Que é a vida?  
Um bem que me confiaram  
sem me consultar  
e que restituirei  
com indiferença.*

Os dicionaristas tratam-na como um fato:

*É a cessação completa e definida de vida de um homem, de um animal ou de um vegetal.* (Delta Larousse).

*O ato de morrer; o fim da vida animal ou vegetal.* (Aurélio).

Jânio Quadros amplia: “O fim da vida animal ou vegetal; cessação da vida; ação de morrer; termo; fim; destruição; acabamento”.

Seguem exatamente as mesmas linhas, ainda, os Dicionários da Academia Brasileira de Letras, Melhoramentos e Caldas Aulete. A morte no *Oxford Universal Dictionary* não difere também:

*Death: the act or fact of dying; the final cessation of the vital functions of an animal or plant.* (Morte: o ato ou fato de morrer; a final cessação das funções vitais de um animal ou vegetal).

Sob o ângulo médico-jurídico, a coisa se torna mais complicada. Morte, real ou aparente? Existem os sinais clínicos clássicos e as provas *pactognômicas* para a certeza da morte? Estão presentes as funções vitais do ser alguma delas? A “*facies* cadavérica, a imobilidade e o relaxamento dos esfíncteres” surgiram? A morte é cerebral ou cardíaca?

Sob o ângulo religioso, são igualmente inúmeras as perplexidades? Morreu, acabou? A morte é o fim? Existe a vida depois da morte? Existe a Vida Eterna? O limiar da morte é científico? Que diz a Filosofia sobre a morte, os conceitos de alma e espírito? Um verdadeiro Universo, talvez inalcançável...

Depois dessas considerações, voltemos à poesia. A morte fica até um pouco mais bonita, mais desejada, mais compreensível, mais aceitável. Surge, então, outra perplexidade. Foram tantos os poemas, sonetos, trovas, textos e abordagens dos poetas sobre a morte que nos vimos obrigados a adotar critérios. Mas, quais? São tão imensos os poetas e são belos e sugestivos tantos trabalhos...

Augusto dos Anjos tem um soneto em que não fala da morte, mas de quem cuida, um pouco, de sua fase terminal. São os “Versos a um

coveiro”, um soneto cru, cruel e realisticamente macabro e assustador.  
É o lado triste da morte:

*Numerar sepulturas e carneiros,  
Reduzir carnes podres a algarismos,  
Tal é, sem complicados silogismos,  
A aritmética hedionda dos coveiros!  
Um, dois, três, quatro, cinco... Esoterismos  
Da morte! E eu vejo, em fúlgidos letreiros,  
Na progressão dos números inteiros  
A gênese de todos os abismos!  
Oh! Pitágoras da última aritmética,  
Continua a contar na paz ascética  
Dos tábidos carneiros sepulcrais:  
Tíbias, cérebros, crânios, rádios e úmeros,  
Porque, infinita como os próprios números  
A tua conta não acaba mais!*

Castro Alves pedia, profético:

*Quando eu morrer... não lancem meu cadáver  
No fosso de um sombrio cemitério...  
Odeio o mausoléu que espera o morto,  
Como o viajante desse hotel funéreo.*

Oliveira Ribeiro Neto é consciente do poder irreparável da morte:

*Pois nada vale esforço, luto e choro,  
serão todos cantores do seu coro,  
que só não muda e se transforma em nada  
a sempiterna de olhos de safira,  
potente, alada e lúbrica mentira  
pelo sonho dos homens sustentada.*

Emílio de Menezes, o satírico, o humorista do verso, fala assim,  
e tão bem, da morte:

*Vai, sacrílega, a morte, em sempiterna ronda  
A ceifar e a espalhar o horror e o sacrilégio.  
— Quem há que ao seu apelo, acaso não responda,  
Seja espírito escasso ou pensador egrégio?*

*É uma alma juvenil? Ela, em volúpia, a sonda...  
É um sábio? Ela o envenena em letal sortilégio...  
É um artista? Ela o chama e erguendo a destra hedionda  
Ao mundo inteiro impõe o seu domínio régio.*

E é bem conhecido o magistral soneto de Francisco Otaviano, mais ou menos na esteira da Hamlet, ao filosofar via Shakespeare, a respeito da morte:

*Morrer, dormir, não mais: termina a vida  
E com ela terminam nossas dores,  
Um punhado de terra, algumas flores  
E às vezes uma lágrima fingida.  
Sim, minha morte não será sentida,  
Não deixo amigos e nem tive amores!  
Ou se os tive, mostraram-se traidores,  
Algozes vis de uma alma consumida.  
Tudo é pobre no mundo; que me importa  
Que ele amanhã se esb'roe e que desabe  
Se a natureza para mim está morta!  
É tempo já que o meu exílio acabe;  
Vem, pois, ó morte, ao nada me transporta!  
Morrer, dormir, talvez sonhar, quem sabe?*

Goethe é menos incisivo:

*A Morte é uma impossibilidade  
que, de repente,  
se torna realidade.*

José de Anchieta tem um sugestivo poema sobre a Morte, chamado “Como vem guerreira”:

*Como vem guerreira  
a morte espantosa,  
como vem guerreira  
e temerosa!*

*Suas armas são doença,  
com que a todos acomete;  
por qualquer lugar se mete,  
sem nunca pedir licença*

*[...]*

*Por muito poder que tenha,  
ninguém pode resistir;  
dá mil voltas sem sentir,  
mais ligeira que uma azenha,  
quando Deus manda que venha*

*[...]*

*A uns caça quando comem,  
sem que engulam o bocado;  
outros mata no pecado,  
sem que gosto nele tomem,  
quando menos teme o homem*

*[...]*

*A ninguém quer dar aviso,  
porque vem como ladrão;*

*[...]*

*Quando esperas de viver  
longa vida, mui contente,  
ela entra, de repente,  
sem deixar-te perceber,  
quando mostra seu poder  
a morte espantosa.*

*Como vem guerreira  
e temerosa.*

Até aqui, versos tristonhos, pessimistas como se a morte fosse a tragédia (que é?). Há poetas, contudo, capazes de minimizar a crueza do tema. Metastásio, por exemplo:

*Não é verdade que a morte  
é o pior de todos os males,  
é um alívio dos mortais  
que estão cansados de sofrer.  
Bocage fala da “Morte dos tristes”:  
Ah! Só deve agradecer-lhe a sepultura,  
Que a vida para os tristes é desgraça,  
A morte para os tristes é ventura!*

Baudelaire fala da “Morte dos pobres”:

*É um anjo que segura em seus dedos magnéticos  
O sono e mais o dom dos êxtases mais poéticos,  
Que sempre arruma o leito aos pobres...*

Uma curiosa e bem-humorada observação de Sofocleto nesse particular:

*Os que mais morrem  
são os que não têm onde cair mortos.*

Nessa linha quase humorística, há uns versos de Homero, na sua *Iliada*:

*Eia, meu amigo, morre tu também!  
Por que lamentas a sorte?  
Também morreu Pátroclos, que valia  
muito mais que tu!*

E Nabokov assevera:

*Um silogismo:  
os outros morrem.  
Mas eu não sou outro;  
assim, não morrerei.*

E uma historinha inglesa sobre um inglês, igual a tantos:

*Nasceu numa segunda  
Batizou-se numa terça  
Casou-se numa quarta  
Adoeceu numa quinta  
Piorou numa sexta  
Morreu num sábado  
Enterrou-se no domingo  
E este foi o fim de Solomon Grundy.*

Há lindos poemas e sonetos sobre a morte. Cruz e Souza, por exemplo, cultuou a morte:

*Fecha os olhos e morre calmamente!  
Morre sereno do Dever cumprido!  
Nem o mais leve, nem um só gemido  
Traia, sequer, o teu Sentir latente.  
Morre com a alma leal, clarividente,  
Da Crença errando no Vergel florido  
E o Pensamento pelos céus brandindo  
Como um gládio soberbo e refulgente.*

Há ainda Casimiro de Abreu:

*Que tem a Morte de feia?  
Branca virgem dos amores  
Toucada de muitas flores  
Um longo sono nos traz;  
E o triste que em dor anseia  
— talvez morto de cansaço —  
vai dormir no seu regaço  
como num clausuro de paz.*

Há os poetas que brindam a Senhora Dona Morte com versos exaltativos, brilhantes como seus autores, quase um otimismo no enfrentamento desse enigma, dessa interrogação eterna, desse mistério

às vezes até bonito, apesar de tantas perplexidades. Por exemplo, Vinícius de Moraes:

*A morte vem de longe  
Do fundo dos céus  
Vem para os meus olhos  
Virá para os teus  
Desce das estrelas  
Das brancas estrelas  
As loucas estrelas  
Trânsfugas de Deus  
Chega impresentida  
Nunca esperada  
Ela que é na vida  
a grande esperada!  
A desesperada  
Do amor fratricida  
Dos homens, ai! dos homens  
Que matam a morte  
Por medo da vida!*

Ou Arita Damasceno Pettená, esbanjando confiança e tranqüilidade:

*Quando em mim tudo for silêncio  
e a própria via esvair-se  
nas esteiras das águas flutuantes,  
hei de buscar, no primeiro ancoradouro,  
o porto seguro para meus sonhos todos.  
Que importa que haja ondas revoltas,  
ameaçando um casco acorrentando.  
Quero respirar, no último momento,  
a esperança diluindo-se em espumas,  
espumas desmanchando-se em esperanças.*

E diz ainda a sonetista Florbela Espanca, autora de tantas belezas de sofrimento e paixão:

*Morte, minha Senhora Dona Morte,  
Tão bom que deve ser o teu abraço!  
Lânguido e doce como um doce lago  
E, como uma raiz, sereno e forte.  
Não há mal que não sare ou não conforte  
Tua mão que nos guia passo a passo,  
Em ti, dentro de ti, no teu regaço  
Não há triste destino nem má morte.  
Dona Morte dos dedos de veludo,  
Fecha-me os olhos que já viram tudo!  
Prende-me as asas que voaram tanto!  
Vim da Moirama, sou filha de rei,  
má fada me encantou e aqui fiquei  
à tua espera... quebra-me o encanto!*

E muitos outros. Rimbaud, Hugo, Byron, Shelley, Sêneca, Sófocles, Platão, Virgílio, Horácio, Petrarca, Montaigne, La Fontaine, Salomão Jorge, Tagore, Unamuno, Maurois, Murilo Araújo, Mário Quintana, Renata Pallottini, Hilda Hilst. Quase todos, em algum momento, estiveram pensando e ensinando, em sua linguagem de sonho, o que é a morte.

Manuel Bandeira, religioso, humilde e pleno de ternura, escreveu:

*Fiz tantos versos à Teresinha...  
Versos tão tristes, nunca se viu!  
Pedi-lhe coisas. O que eu pedia  
Era tão pouco! Não era glória...  
Nem era amores... Nem foi dinheiro...  
Pedia apenas mais alegria:  
Santa Teresa nunca me ouviu!  
Para outras Santas voltei os olhos.  
Porém as Santas são impassíveis  
Como as mulheres que me enganaram.  
Desenganei-me das outras Santas  
(Pedi a muitas, rezei a tantas)  
Até que um dia me apresentaram*



*A Santa Rita dos Impossíveis.  
Fui despachado de mãos vazias!  
Dei volta ao mundo, tentei a sorte.  
Nem alegrias mais peço agora,  
Que eu sei o avesso das alegrias.  
Tudo o que viesse, viria tarde!  
O que na vida procurei sempre  
— Meus impossíveis de Santa Rita —  
Dar-me-eis um dia, não é verdade?  
Nossa Senhora da Boa Morte!*

E do lado de lá teria feito esta bela poesia, inserta no livro  
“Parnaso do além túmulo”, de Chico Xavier:

*No extremo pólo da vida  
Diz a Morte: — “Humanidade,  
Sou a espada da Verdade  
e o Têmis do mundo sou;  
Sou balança do destino,  
O fiel desconhecido,  
Lanço Cômodo no olvido  
e aureolo a fronte de Hugo!  
O cronômetro dos séculos  
Não me torna envelhecida;  
Sou morte — origem da vida,  
Prêmio ou gládio vingador.  
Sou anjo dos desgraçados  
Que seguem na Terra errantes,  
Desnorteados viajantes  
Dos Niágaras da dor!  
Também sou braço potente  
Dos déspotas e opressores,  
Que trazem os sofreadores  
No jugo da escravidão;  
Aos bons sou compensação,  
Consolo e alívio aos precitos,  
E nos maus aumento os gritos*



*De dores e maldição.  
Sepultura do presente,  
Do porvir sou plenitude,  
Da alegria sou saúde  
E do remorso o amargor.  
Sou águia libertadora  
Que abre, sobre as descrenças,  
O manto das trevas densas  
E sobre a crença o esplendor.  
Desde as eras mais remotas  
Coso láureas e mortaldas,  
E sobre a dor das batalhas  
Minha asa sempre pairou;  
Meu verbo é a lei da Justiça,  
Meu sonho é a evolução;  
Meu braço a revolução,  
Austerlitz e Waterloo.  
Homem, ouve-me; se às vezes  
Simbolizo a guilhotina,  
Minha mão abre a cortina  
Que torna o mistério em luz;  
E por trabalhar com Deus,  
Na absoluta equidade,  
Sou prisão ou liberdade,  
Nova aurora ou nova cruz”.*

De tudo, o que percebemos é que a morte continua um mistério, apesar das revelações aos homens e mulheres que a buscam entender.

## PEQUENAS MORTES: AS PERDAS QUE TEMOS AO LONGO DA VIDA

*Morremos uma vez só. Felizmente, porque nascemos diversas. A primeira é a menos dolorosa.* Paulo Francis, sobre a morte da mãe.

Esta frase do jornalista Paulo Francis é uma das “frases da minha vida”. Eu a escreveria no teto do meu quarto só para poder relê-la todas as noites, mesmo discordando do seu início. Acho que morremos tantas vezes quantas nascemos. Eu já morri várias vezes. Morri tanto, que nem lembro quantas vezes foram. Mas sempre, em qualquer morte, seja ela grande ou pequena, passamos pelo período do luto.

O luto é um processo psicossocial que, no seu desenvolvimento normal, visa a transferência, na esfera emocional, da vinculação em relação a um objeto perdido para memórias amenas das expressões dessa mesma vinculação. Um dos parâmetros determinantes no luto é o tempo exigido para o desenrolar harmonioso de todas as fases implícitas no processo.

A explicação da gênese deste fenômeno mantém-se no domínio da elaboração teórica. Freud (1987) esboça uma origem para o luto no confronto experimentado pela pessoa enlutada face à necessidade de libertar-se de todas as ligações libidinosas geradas com o objeto de vinculação, perante a irreversibilidade do seu desaparecimento físico.

Ao longo de nossa existência, temos muitas perdas e diversas “pequenas mortes”.<sup>9</sup> A perda é o que você sente quando se separa de alguém ou de algo que você cuidou muito. O término, a finitude é o preço que você paga por ter começado. E, o pior, só nos damos conta do milagre do começo quando nos deparamos com a consciência da finitude.

David Boadella diferencia entre luto frio e luto quente. O luto frio traz uma sensação de escuridão, desespero no qual não podemos respirar e nem sentir, ele nos tranca no desespero. O luto quente contém dentro de si um temor respeitoso perante a morte, fazendo brotar da escuridão, do vazio, um sentimento de gratidão, paz e a

---

9 Pequena morte é como os franceses definem o orgasmo.

possibilidade de cura. Com ajuda, podemos escolher a maneira de respirar e fazer o nosso luto.

Duas coisas são dominantes no ser vivo: ele pulsa e regenera no sentido de manter a forma. A pulsação, o movimento regular de expandir e contrair é um reflexo de sua interação com o mundo. A pulsação está dentro ainda de um movimento mais amplo da natureza que são as mudanças, o fluxo contínuo, a impermanência e a transformação do que é velho no que é novo.

Ao inspirar o ar em nossos pulmões, começa um novo movimento, uma nova história, o diafragma se move para baixo, o peito abre e o ar penetra em nossos pulmões. Num outro momento expiramos o ar. O diafragma se move para cima procurando expelir o ar de dentro e o peito vai se encolhendo. Pulsamos, ora contraindo para inspirar o ar e ora expandimos, para expelir o ar e assim durante toda a vida desde a primeira inspiração no nascimento até a última expiração na morte. Esta é uma das muitas outras de nossas pulsações de nosso corpo vivo como o pulsar do coração. Estas são coisas simples e corriqueiras que todo mundo sabe e pode observar com apenas um pouco de atenção em seu corpo.

Morrer é a aprendizagem de como doar o que encorpamos, o estar vivo e corporificado em nossa carne. Morrer é estar perdendo a forma. Desta forma, o reconhecimento, as experiências e a compreensão das “pequenas mortes” que temos em muitos momentos de nossas vidas, leva ao reconhecimento, aceitação e integração da “grande morte” na vida. Um caminho psicoterapêutico é, pois, procurar vivenciar, compreender e integrar as inúmeras “pequenas mortes” que experimentamos em nossas vidas.

A primeira e possivelmente a mais significativa foi o nosso nascimento: no parto, a morte de um ser que foi gerado, viveu e cresceu no mundo do útero materno e que, após o parto, a primeira inspiração de ar, é um novo ser. Significativamente, o primeiro contato deste ser que nasce é feito através da coroa, na cabeça.

As “pequenas mortes” são as nossas mudanças físicas e psicológicas, quando deixamos um estado de viver e passamos para o outro, desde o rastejar, para o engatinhar e o andar; a difícil passagem na adolescência, quando a criança deixa de existir e nasce um adulto;

da juventude para a maturidade e desta para a velhice; na mulher o início da menstruação e a menopausa.

São também as mudanças: de emprego, de profissão ou quando mudamos de casa, de cidade ou de país. Uma emigração, por exemplo, tem o intenso efeito de uma mudança física e psicológica, e poderia ser vista como uma reencarnação: outros hábitos, outra língua, outros códigos de comportamento e, mesmo a forma corporal vai mudando conforme o país.

Sob outro prisma, as “pequenas mortes” são o casamento (ou uma separação), a nova casa e quando os filhos nascem e, para os pais, acontecem quando os filhos saem de casa ou quando eles casam; quando adoecemos ou quando alguém da família morre; ou quando temos uma perda material significativa: dinheiro, objetos importantes, só para citar alguns exemplos.

As “pequenas mortes” são vividas em cada segundo quando respiramos, na passagem entre o inspirar e o expirar. E a nossa “grande morte” é, após a primeira inspiração no nascimento, o que acontece na nossa última expiração.

A conexão com o viver e uma compreensão do morrer passa pela integração destas “pequenas mortes” como partes naturais da pulsação da vida, a pulsação do corpo, a pulsação do pensamento, do sentimento, das emoções, da existência diária e do universo.

É a experiência e o trabalho com a finitude que nos leva a uma compreensão mais profunda do viver e da espiritualidade. Espírito tem a mesma raiz de respiração e é neste mesmo sentido que, na psicoterapia somática *Biossíntese*, consideramos a espiritualidade. É uma espiritualidade que está relacionada em como desenvolver o coração no mundo, contatar as profundidades do céu e da terra e como encarnar o espírito na carne. Opõe-se aos dualismos entre corpo e espírito, sexo e alma, terra e luz, homem e universo.

A espiritualidade é a consciência, atitude e o trabalho da manifestação na existência diária das qualidades latentes de nossa essência. É o trabalho de estar focalizado em nosso ser, que está além do tempo e espaço, aqui e agora. É a sensação de estar contatados com o que estamos fazendo, trazendo o céu para a terra, a terra para o céu, sem discriminar o corpo, a mente, e o espírito.

É desta espiritualidade que necessitamos, e com urgência, para cuidar da maior ameaça aos humanos: os próprios humanos. Em nome do objetivo de se proteger da destruição, grupos de pessoas ameaçam outros grupos com a destruição. Desde os primeiros dias, sociedades formadas por seres humanos exibem as duas faces de Janus:<sup>10</sup> pacificação para dentro, ameaça para fora. E a principal causa disto é o medo: de envelhecer, de ser destruído e de morrer. Entre as muitas criaturas que morrem na Terra, os humanos são os únicos que têm a consciência da morte, sabem que morrerão e assim a morte se torna um problema para eles.

O sentimento de perda pode ser causado tanto pelo fim de uma relação amorosa, como também pela morte física de um ser amado, ou tão simplesmente por não ter conseguido algo idealizado ou ficar privado de alguma coisa material. O certo é que em todas as situações de perda a experiência é profundamente dolorosa. Não só dolorosa, mas também transformadora, num sentido de que essa perda passa a ser agora um referencial, um ponto de orientação, um marco divisor entre o indivíduo antes da perda e o indivíduo depois da perda. A atitude do indivíduo em relação a si a ao mundo exterior passam a ser outra.

No antigo Israel, a perda de algum membro da família era o mesmo que a perda de uma propriedade. Era algo que envolvia toda a família e a sociedade. As pessoas choravam, se compadeciam com o ocorrido. Ocorrendo o óbito de um membro da família, ou de uma personalidade importante da vida pública, celebrava-se a lamentação no círculo da parentela e dos amigos, ou então em plano nacional. Para tanto contratavam-se carpideiras<sup>11</sup> pagas, que ficavam responsáveis por parte do cerimonial. No decorrer dos atos rituais, dele faziam parte: veste de luto, grito, choro, lançar pó, jejuar, rasgar vestes – também se cantavam hinos em louvor do defunto.

As formas com que as pessoas se compadeciam eram das mais diferentes possíveis, mas observa-se que desde aquela época as pessoas já se preocupavam em fazer um tipo de “pastoral” para as famílias que tinham perdido algum de seus entes”. Segundo o Novo

<sup>10</sup> Janus, deus romano identificado com o mistério das portas e dos portais como também de todos os começos, era representado como uma divindade dotada de duas faces opostas. Segundo esta concepção, em tudo aquilo que nos cerca há, e sempre haverá, uma dupla face: uma revelada e a outra oculta.

<sup>11</sup> São mulheres pagas para chorar nos funerais. No Brasil, são poucas as profissionais, e existem principalmente no Nordeste. Delas se exige talento para chorar copiosamente e, mais do que isso, sensibilidade.

Testamento, sofrimento e morte estão numa relação imediata, podendo-se afirmar que todos os sofrimentos e dores do mundo concentravam-se na morte. Podemos dizer que a morte é o verdadeiro sofrimento do homem, visto que revela seu poder já durante a vida, e que a vida é vivida na “terra da sombra e da morte”.

No Novo Testamento as reações que aconteciam em situação de luto eram bem parecidas, senão as mesmas que ocorriam no Antigo Testamento. As pessoas choravam, rasgavam suas roupas, jejuavam, enfim faziam os mesmos rituais realizados no AT. Nota-se que o sentido da morte é diferente, onde a morte torna-se vida para aqueles que creram em Cristo. Por isso, o consolo, em Cristo, para os que ficavam e para as famílias dos que morriam. Jesus, quebra essa visão anunciando um novo reino, um reino eterno. Mas ele também proporciona uma nova ótica para essa situação quando ele mesmo vence a morte e também quando ele dá vida aos que estavam mortos, como ele fez com seu amigo Lázaro.

No fundo, esperamos que cada um de nós possa encarar nossas mortes pelo menos uma vez por ano. Só assim nos tornaremos capazes de escolher as mortes que queremos morrer e, o mais importante: só assim nos tornaremos capazes de escolher as vidas que queremos viver.

### *TOUT COURT*

*não termina  
quando o rosto se ausenta  
mesmo o esquecimento  
conspira em nós  
de pequenas mortes  
sabemos voltar*

Fernando Fiorese

### PESAR E PENA: SENTIMENTOS DO PROCESSO DE LUTO

O período que vai da constatação de uma doença terminal até a morte de uma pessoa querida é assimilado de maneira diferente por diferentes pessoas e grupos. De certa forma, considerando-se a

inevitabilidade do curso grave e às vezes letal de doenças como o câncer, por exemplo, pode-se dizer que a experiência vivencial da doença, apesar de dolorosa e difícil, muitas vezes tem contribuído para um importante desenvolvimento pessoal. Lidar com a expectativa de uma morte na família não é um processo fácil e não se pode abordar este assunto de maneira simplista.

A forma com a qual a pessoa enfrenta o sofrimento e a perda dependerá, entre outras variáveis, da personalidade afetiva de cada um e da relação que essa pessoa teve com quem morreu ou está para morrer. Também é muito relevante a experiência do câncer em si, a maneira como se desenvolveu a doença, as crenças religiosas e culturais, a história psiquiátrica de quem vivencia a doença, o apoio disponível, assim como o estado socioeconômico e a maneira como a pessoa é afetada durante esse processo de sofrimento. É muito importante deixar claro o significado dos seguintes termos: Pesar e Pena. Estes sentimentos estarão presentes, de forma variada, nos familiares de pacientes com câncer e são termos que se usam, freqüentemente, com diferentes intenções.

### Pesar

Pesar é o sentimento que surge como reação ao fato de ter sofrido uma perda. O Pesar identifica a situação específica das pessoas que tenham experimentado uma determinada perda (CORR, 1997), portanto, o Pesar é uma reação emocional específica a este determinado “objeto”. Devido à perda, se desenvolve uma grande quantidade de emoções, experiências e mudanças na vida psíquica da pessoa. A duração desse estado depende da intensidade da relação com a pessoa que morreu (“objeto” perdido). É bom sublinhar que o Pesar tem também um aspecto antecipatório, ou seja, supõe o aparecimento de emoções e sentimentos antecipadamente à perda (vai morrer).

### Pena

A Pena é o processo normal de reação emocional à percepção (forte indício) de uma perda. As reações de Pena podem ser vistas nas respostas a perdas físicas ou tangíveis, como, por exemplo, a morte ou

a perdas abstratas e psicossociais, tais como o divórcio, o emprego, entre outras.

Cada tipo de perda implica experimentar algum tipo de falta ou privação. Durante o processo que atravessa uma família que vivencia o câncer, se experimentam várias perdas e cada uma gera sua própria reação. As reações de Pena podem ser psicológicas, físicas, sociais e conflitos emocionais.

As reações psicológicas podem incluir a raiva, mágoa, culpa, ansiedade e tristeza. As reações físicas incluem dificuldade para dormir, mudanças no apetite, queixas ou doenças somáticas, enfim, sinais e sintomas relacionados ao Transtorno de Adaptação e Ajustamento. As reações sociais incluem os sentimentos experimentados ao ter que cuidar de outros membros da família, o desejo de ver ou não a determinados amigos ou familiares (isolamento), ou o desejo de regressar rapidamente ao trabalho. Este processo depende do tipo de relação que se teve com a pessoa que morreu. Lindenmam (1994) faz notar 5 características:

1. Aflição somática;
2. Preocupação com a imagem da pessoa morta;
3. Culpa;
4. Reações hostis; e
5. Perda da conduta normal.

O conflito emocional, seja ele consciente o inconsciente, pode ser relacionado também à resposta cultural à perda. O processo de incorporar a perda na vida afetiva contrapõe aquilo que queremos, com aquilo que devemos e aquilo que conseguimos. O conflito é, por exemplo, a contraposição entre o fato de sabermos que a morte deve ser inevitável, até como decorrência normal de quem vive, mas mesmo assim não queremos, e nem conseguimos aplicar à realidade essa conotação racional. Muitos outros conflitos, mais complexos que esse do exemplo, podem estar presentes diante da perda de um ente querido.

No chamado Processo da Pena se incluem três tarefas necessárias para que a pessoa volte a reintegrar-se à sua vida normal. Estas atividades incluem:

1. Liberar-se dos laços com a pessoa falecida;

2. Reajustar-se ao ambiente onde a pessoa falecida já não está; e
3. Formar novas relações.

Liberar-se dos laços com a pessoa falecida, implica que se deve modificar a “energia emocional” (o tônus afetivo) invertida na pessoa perdida. Isto não quer dizer, de forma alguma, que tenhamos deixado de amar a pessoa desaparecida, mas sim, que é possível agora dirigir os sentimentos e afetos a outros, em busca de uma satisfação emocional.

A morte desperta com frequência evocações de perdas ou separações do passado. Bowlby (1961) descrevia três fases do processo de luto:

1. A urgência de recuperar a pessoa perdida,
2. A desorganização e desespero e, finalmente,
3. A reorganização da vida.

Durante o processo de reajuste ambiental (reorganização da vida) tem-se que modificar as regras, os valores, a própria identidade e as habilidades para ajustar-se a um mundo onde o falecido já não está. Ao modificar a energia emocional, a energia que uma vez se concentrava na pessoa falecida, agora se concentra em outras pessoas ou outras atividades.

Esse esforço adaptativo costuma requerer muita energia física e emocional e, não é raro, vemos pessoas atravessando essa fase experimentando uma fadiga avassaladora. Nessa fase, em se tratando de um estado depressivo, ou mesmo um Transtorno de Ajustamento, pode estar indicado um tratamento psiquiátrico medicamentoso e/ou psicoterápico.

Esta experiência de Perda e Pesar não é somente pela pessoa que faleceu, mas também por todos os planos, idéias e fantasias que não se concretizaram com a pessoa desaparecida.

De qualquer forma, os processos de Pesar e de Pena fazem parte normal do universo existencial humano, são normais na medida em que sugerem que os seres humanos necessitam apegar-se a outros para melhorar sua sobrevivência e reduzir o risco de dano.

## EXPRESSÕES DE LUTO: DIFERENTES MODOS, ENTENDIMENTOS VARIADOS

O luto é uma forma de expressar um sentimento de dor, tristeza, pelo falecimento de uma pessoa ou animal, isso já ficou claro. Mas as expressões do luto variam de sociedade para sociedade, de tempos em tempos.

Vamos começar pelo vestuário e costumes. Dependendo da cultura, alguns itens são praticamente obrigatórios quando nos deparamos com situação de luto.

- **ROUPAS** – Em geral, o preto, o roxo e o vermelho são as cores que marcam o luto. Na religião católica, observa-se que os padres usam o roxo em cerimônias fúnebres. Na maioria dos países, usar preto é essencial em velórios e enterros.
- **FAIXA PRETA NO BRAÇO ESQUERDO** – denota respeito e pesar por aquele que deixou de viver.
- **CHAPÉU** – Em muitas culturas, usar chapéu (de preferência preto), passa a impressão de respeito pelo morto.
- **VÉU** – Seu sentido não é esconder a tristeza, mas sim de anunciar a todos o momento de luto em que a pessoa se encontra.
- **LEVANTAMENTO DE BANDEIRA A MEIO MASTRO** – Em geral, isso ocorre quando o falecido é uma personalidade pública ou, ainda, quando se trata de autoridade no país.
- **SILÊNCIO** – Os minutos de silêncio em cerimônias são aplicados para homenagear ou expressar respeito a alguém.
- **SEXTAS-FEIRAS** – Dia em que Jesus Cristo morreu; neste dia é de costume não tocar os sinos. Neste dia também são realizados os jejuns e as penitências.
- **SOL** – Segundo uma crença popular, o sol usa um véu negro até seu nascimento no dia seguinte.

As cores são também expressões de sentimentos e servem para simbolizar um estado de espírito. A seguir, uma relação de cores que expressam o luto ou sentimentos relacionados com a morte.

- **PRETO:** No luto, a cor que mais representa o sentimento de dor é o preto. Sua definição, em geral é o protesto, a rebelião, o mistério, a neutralidade, a tristeza, a cor representante da morte, uma cor muito ligada à liturgia. Essa cor foi muito usada por gregos e romanos.
- **AZUL:** Na China, essa cor é freqüentemente usada para o luto. Sua representação demonstra repouso, calma, tranqüilidade, afeto, espiritualidade, meditação e liberdade.
- **BRANCO:** Entre os gregos, os romanos e germanos, o branco já foi visto como cor de luto. Essa cor representa paz interior, pureza, inocência, passividade, superioridade. Como cor-luz o branco é a mistura de todas as cores.
- **VERMELHO:** O vermelho era usado como cor de luto na renascença, época de vida de grandes pintores como Leonardo DaVinci, Rafaello Santi, o mestre Michelangelo e entre tantos outros. Além disso, também é usado em cerimônias do Papa. Essa cor é representação da energia intuitiva, do amor, da competição e da irracionalidade.
- **VIOLETA:** Essa é mais uma das cores usadas como representação do luto em vestimentas e freqüentemente é encontrada em paramentos litúrgicos. Por ser uma cor ambígua passa tanto a tristeza quanto a alegria e pode ser representada como uma cor que une a intuição com a razão.

## SÍMBOLOS

### Vela

A chama acesa da vela é um símbolo da individuação, da vida e também dos anos representados em festas de aniversários. Assim também, as velas que ardem ao pé de um defunto simbolizam a luz da “alma” em sua força ascensional, a pureza da chama espiritual que

sobe para o céu, a perenidade da vida pessoal que chega ao seu ponto mais elevado na abóbada celeste.

### A Simbologia da Foice ou Alfanje

É geralmente empunhada por uma personificação da morte. Comum entre os druidas, cultura celta, cujo usava para colheita e rituais druídicos. Sua simbologia é atribuída ao tempo, à morte e à colheita. No baralho cigano é a décima carta, seu nome é: “foice/transformação”. Sua tradução é algo que está passando por uma transformação, reavaliação, reformulação, objetivando algo melhor. Atributo de Saturno, de Crono. Na qualidade de senhor da vida e morte, Shiva segura um lenço e uma foice nas mãos. Segundo a Bíblia, a foice é a imagem do juízo final divino (J 14,13; Ap 14,15). A foice cruzada com um martelo é o símbolo do socialismo.

### A Morte e a Cruz

Em geral, o papel da cruz é visto como uma ponte, através da qual a alma pode chegar a Deus, ou seja, ligação do mundo terrestre com o celestial. Existem vários tipos de cruzes e cada uma tem um significado envolvido com a morte. Nos dias atuais, elas são usadas como símbolo que representa a iluminação do ser.

- **CRUZ CRISTÃ:** É a mais conhecida, devido à cultura cristã. Era utilizada em Roma para crucificar criminosos. Por isso, nos remete ao sacrifício de Jesus, para pagar os pecados da humanidade. Representa a vida eterna e a ressurreição. Um símbolo que lembra de Cristo ou alguém próximo que faleceu.
- **SIMPLES:** Alguns estudiosos definem como cruz grega. Ela é o símbolo perfeito da união dos opostos.
- **CALVÁRIO:** É erguido sob três degraus, cujo é relacionado com a subida de Cristo até o Calvário para ser crucificado. Exalta a fé, a esperança e o amor.
- **SANTO ANDRÉ:** Representa a humildade, o sofrimento. Segundo estudos recebeu esse nome devido ao Santo

André, que implorou aos seus algozes para não ser crucificado como ao seu senhor, não se achava merecedor, então foi crucificado nessa forma.

## Vampirismo e Morcegos

Na Idade Média, os morcegos eram figuras associadas com bruxas e demônios, essa relação é feita, principalmente, porque é um animal pouco visto durante o dia. Segundo a crença, são seres anunciadores da morte.

Existem registros de lenda sobre o vampirismo desde 125 d.C. As primeiras histórias aparecem na mitologia grega. A origem da palavra vem de Upir, da qual derivou-se a palavra vampiro – *Upir Lichy*, era o termo original que significa vampiro maldoso. Este vampiro maldoso surgiu no leste da Europa, expandiu-se por meio de caravanas até serem incorporadas às histórias famosas como as do conde Drácula ou príncipe Vlad.

Existem várias versões para as lendas dos vampiros, sendo que a mais conhecida é de uma pessoa amaldiçoada – supõe-se que ela viverá a eternidade junto à humanidade, mas sem alma, ou seja, um morto-vivo. O sangue mortal seria sua alimentação, condição primordial para manter seu corpo em estado de perfeição. Em algumas histórias, o faminto por sangue transforma-se em morcego e sai a sobrevoar durante a noite para saciar sua sede, transformando suas vítimas em outros vampiros.

De fato, essas histórias expressam nosso desejo pela imortalidade. A BUSCA DA IMORTALIDADE. Essa busca tem sido o problema existencial mais importante da humanidade desde que esta se tornou consciente de sua própria mortalidade. Humanos, ao contrário de outros animais, têm sido conscientes da vida e da morte desde a pré-história. Para lidar com o problema da morte, religiões organizadas criaram os conceitos de ressurreição e reencarnação.

Mas você já observou que a imagem da imortalidade está sempre ligada à juventude? Por que as pessoas querem viver eternamente, mas não se encontra quem queira ser “eterno” se isso significar ser idoso? Para pensar...

Existe um seriado americano chamado “Dead Like Me”. No primeiro capítulo, a protagonista, George, é acertada em cheio pelo assento de um satélite soviético e morre. Devido à trágica condição de sua morte, ela recebe a rara honra de se tornar uma *reaper*, um anjo da morte. Em um outro capítulo, outra *reaper* diz que quer deixar uma marca. Todo esse lance de capuz negro e foice é muito mórbido, portanto ela decidiu tirar fotos de todos aqueles cujas almas ela pega. Essas fotos, ela guarda em diferentes sacos e caixas, um para cada tipo de pessoa.

A *reaper* defende que as pessoas não são como flocos de neve. Elas não são únicas. As pessoas são classificáveis, as pessoas são de grupos. Afinal de contas, para cada coisa que alguém gosta, há pelo menos mais mil pessoas que gostam dessa coisa. Não existe grande originalidade. Isso, é claro, me faz pensar. Dos tempos em que li sobre Durkheim,<sup>12</sup> sobre homens e engrenagens, ainda tenho as dúvidas sobre em qual parte dessa grande e louca máquina eu me incluo. Que engrenagem sou eu? Agora, sobre a roupagem de uma série das 5 da tarde, eu me pergunto – em que saco ou caixa eu deveria estar? De que tipo de pessoa iriam se lembrar se eu partisse? Eu não sou mesmo um floco de neve?

Entender como vemos a morte nos ajuda a entender outros mecanismos da sociedade humana, e, espera-se, nos ajuda a entender como fazer a vida melhor, mais significativa, mais respeitada.

*[...] aquele que permanece passivo quando esmagado pelo pesar perde sua melhor oportunidade de recuperar a elasticidade de espírito.* Charles Darwin – *The expression of the emotions in man and animals*

---

12 Para Durkheim, a sociedade não é somente o produto da soma ou da justaposição de consciências, de ações e de sentimentos particulares, de maneira que ao misturarmos tais ingredientes, por associação, por combinação ou por fusão, estaríamos assim propiciando o nascimento de algo novo e ainda, de algo externo às consciências em questão. Em sua lógica particular, ainda que o todo seja composto pelo agrupamento das partes, tem também a origem, uma série de fenômenos que dizem respeito ao todo diretamente, e não às partes que o compõem somente. A sociedade, desse modo, é mais do que a soma dos indivíduos que dela fazem parte, podendo compreender-se a sua gênese somente ao considerarmos o todo e não as partes individualmente. Todo o modo de agir permanente ou não, que possa exercer alguma forma de coerção externa ao indivíduo ou ainda, que por apresentar existência própria, independente das manifestações individuais que possa ter e, por isso, com sentido geral na extensão de uma sociedade, são denominados de fatos sociais.

## TERMINALIDADE: QUANDO SE PERCEBE O FIM

A morte constitui um dos maiores enigmas da existência humana, tendo demandado esforços para seu equacionamento ao longo da história do pensamento ocidental. Ela é considerada como grande divisor das águas na plena constituição dos homens, e é a mais universal das experiências e sua representatividade varia entre as culturas.

Conhecemos a morte somente mediante o processo de morrer dos outros, cujas vivências, jamais nos serão acessíveis em sua real dimensão. Mesmo constituindo-se um fenômeno da vida, sempre despertou grande temor no ser humano, e este sentimento se expressa na dificuldade dele lidar com a finitude, estando presente nas crenças, valores e visão de mundo que cada um traz consigo. Ela é um acontecimento medonho, pavoroso, um medo universal, mesmo sabendo-se que o homem é capaz de dominá-la em vários níveis.

Este sentimento é parte natural do comportamento humano, e nas culturas que a percebem como acontecimento natural, o medo de morrer não está presente. Sócrates sugere que o medo da morte é algo antinatural, pois baseia-se na noção de que se conhece algo que se desconhece.

A relação do ser humano com a morte vêm se transformando através dos séculos, tendo sido considerada como um acontecimento natural, inevitável e perfeitamente aceito. Essa relação anterior de familiaridade com a morte possui hoje na cultura ocidental outra conotação, visto que as pessoas sentem-se desconfortáveis perante ela.

No mundo moderno a morte está escondida como algo sujo e vergonhoso, sinônimo de absurdo, horror e sofrimento; algo escandaloso e insuportável. As sociedades modernas tendem a escamotear a morte. Apesar de termos consciência de nossa finitude, falar sobre ela é normalmente considerado um ato mórbido, uma tentativa de mau gosto.

A finitude da vida possui sempre duas representatividades: uma física e outra social, a morte de um corpo (biológica), e a morte de uma

peessoa. Quando esta pessoa já é adulta, sua morte significa, normalmente, dor e solidão para os que ficam. Portanto, sob este prisma é apenas a destruição de um estado físico e biológico que ela traz, mas é também o fim de um ser em correlação com um outro. Este vazio por ela deixado não atinge somente as pessoas que conviviam com quem morreu, mas também a toda rede social.

É interessante lembrar que, dentre todos os seres humanos que precisam conviver com os sentimentos provocados pela morte, os trabalhadores da área de saúde encontram-se mais suscetíveis, pois no cenário das instituições hospitalares ela está constantemente presente, motivo pelo qual é tema relevante, porém de difícil abordagem reflexiva no cotidiano da prática de cuidado em saúde, porquanto temos cristalizado em nosso ser o jargão “enquanto há vida há esperança”.

Neste sentido, vivenciamos um dilema existencial em função do valor negativo dado à finitude, na qual a vida é valorizada e a morte significa a extinção total do ser. O jargão também indica uma obstinação terapêutica, que procura a todo custo, prolongar a vida, motivo pelo qual as instituições de saúde, investem cada vez mais em recursos tecnológicos para reestruturação e recuperação do paciente crítico, ou seja, para manutenção da vida. Nesses ambientes, a morte quase sempre é vista como fracasso, como derrota.

As situações de terminalidade na área da saúde são frequentes para os profissionais, e muitas vezes, inevitáveis, ficando o trabalhador exposto às mais diversas sensações, porquanto os hospitais são caracterizados como instituições de cura e recuperação, e as UTIs locais reservados para manutenção da vida a qualquer custo.

Entretanto, o que se observa nas unidades críticas, em geral, é uma atenção destinada às técnicas, à tecnologia que dá suporte para a manutenção da vida, em detrimento à condição humana e às necessidades emocionais do paciente. Contudo, não podemos esquecer que o ato de cuidar vai muito além do fazer técnico, implica no entrelaçamento das ações de cuidado instrumentais e expressivas, isto é, ligadas à subjetividade do corpo cuidador.

Assim sendo, espera-se que a equipe de saúde, mediante o cuidado profissional, desenvolva suas ações objetivando não somente assistir o ser humano no momento sublime que é seu nascimento, mas

comprometer-se com esse momento desconhecido em sua essência, ou seja, o momento da morte.

Desde a sua formação, o profissional em saúde sente-se compromissado com a vida, e é para preservação desta que deverá sentir-se capacitado; sua formação acadêmica está fundamentada na cura, e nela está sua maior gratificação. Assim, quando em seu cotidiano de trabalho necessitam lidar com a morte, em geral, sentem-se despreparados, e tendem a se afastar dela.

**É PRECISO MUDAR ESTE QUADRO.**

## A VIDA COMO A CONHECEMOS

Através dos tempos, a humanidade tem-se preocupado com a moral. Tanto a filosofia como a religião e a ciência têm-se preocupado com a forma como se encara a morte. No entanto, a morte continua a ser inevitável e o seu conhecimento determina bastante a forma como se vê a vida.

A vida tal, como a conhecemos, é inconcebível sem termos consciência de que tem que acabar um dia. Eventos como a reprodução, a emoção, a competição e a ambição seriam desnecessárias se nunca houvesse um fim. O fato de serem finitos e terem um tempo limitado faz da vida uma das coisas mais importantes e pungentes.

Se fôssemos imortais, não haveria lugar para aspirações, esperanças, lutas, na tentativa de dar um sentido à vida, se houvesse uma eternidade de amanhã e de oportunidades. A morte afeta as nossas percepções de vida de muitas formas positivas: ajuda-nos a saborear mais e melhor a vida, oferece-nos um oposto com o qual contrastamos a vida, dá-nos consciência do real, da existência individual, dá significado à coragem e à integridade, permitindo-nos exprimir as nossas convicções, dá-nos força para tomar decisões importantes, ajuda-nos a compreender a importância da intimidade nas nossas vidas, ajuda-nos a olhar a vida numa perspectiva retroativa, o que é particularmente importante para os idosos, ajuda-nos a compreender melhor a importância transcendente do ego na

conquista dos objetivos pessoais e, ainda, nos ajuda a vislumbrar significado nos resultados que tivemos com as atitudes que tomamos.

No entanto, a morte também nos intimida com a negação de nós mesmos e com tudo o que prezamos. Assim, é preciso que lancemos um olhar além do quadro que ora vislumbramos, a fim de conceber um futuro próximo onde apareça a ansiedade pessoal, mesmo em eventos acerca da morte, como a separação, a perda, o sono, a doença e a perda de controle ou a despedida pode trazer este sentimento.

Cada um de nós está continuamente sujeito a esta pressão; logo cada indivíduo (a não ser que seja extremamente organizado) tem que encontrar a forma mais adequada de lidar com este tratamento. Existem muitas possibilidades e as atitudes face à morte podem passar da negação total à aceitação do que é, então, inevitável. Esta mudança de atitude certamente influencia a nova vida.

## A BIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

A Biogerontologia, ou Biologia do Envelhecimento, é um ramo da ciência recente da biologia do desenvolvimento que se dedica ao estudo dos processos que envolvem as modificações biológicas nos seres vivos, as quais ocorrem após o período reprodutivo, influenciadas pelas alterações de fatores genéticos ambientais.

A Biogerontologia ficou na obscuridade científica ao longo do século XX devido a vários motivos, dentre os quais podemos destacar dois como mais relevantes: o primeiro diz respeito ao próprio comportamento das pessoas em relação ao envelhecimento, que inclui o medo de debater e saber mais sobre o último estágio do desenvolvimento humano (o estágio que precede a morte!). Então acreditamos que a própria produção do conhecimento científico sobre o tema envelhecimento tenha permanecido na obscuridade, pelo medo que o tema potencialmente desperta em muitas pessoas, incluindo cientistas e indivíduos que trabalham com Gerontologia.

O segundo motivo centra-se nas questões de que investigar e produzir conhecimento sobre envelhecimento significa trabalhar com visões multifacetadas e diversificadas deste processo, uma vez que se trata de um evento eminentemente multifatorial. Ou seja, a ciência não

detectou, ao longo de sua história, nenhuma causa direta (um único gene ou um único fator ambiental) do envelhecimento e da morte.

Então, hoje admitimos que este processo é causado e desencadeado por diversos fatores heterogêneos que associam fatores genéticos com ambientais, incluindo como variáveis ambientais o entorno socioeconômico cultural, onde um dado indivíduo ou uma dada população vive.

Deste modo, durante o século XX, ou o século do Iluminismo científico da civilização humana, que foi marcado pelas especializações, a intersecção entre as diversas abordagens biológicas e sociais não foram feitas para explicar os fenômenos complexos da biologia como é o caso do envelhecimento humano (Biogerontologia).

Robine e Forest, em seu livro *“The Paradoxes of Longevity”*, agrupam os pesquisadores em Gerontologia em duas categorias. São as seguintes: os simplificacionistas e os complicacionistas.

Os simplificacionistas acreditam que o envelhecimento ocorre porque não existe uma pressão de seleção nas espécies e nos homens, que acontece nesta fase. O que isto significa? Por exemplo, se existe uma determinada pessoa idosa que possui uma característica genética diferenciada que a leve a ser resistente a uma determinada doença que só aconteça após o seu período reprodutivo, ela não pode mais transmitir esta característica para sua próxima geração. Assim, mesmo que ela sobreviva aos outros idosos que não possuam esta mesma característica, ela passará esta informação genética à prole por acaso, e não porque foi positivamente selecionado.

O caso contrário também seria verdadeiro. Os envelhecimentos então aconteceriam porque ao longo da nossa evolução teríamos muitas variações genéticas “ruins” que só atingiram no nosso envelhecimento ou variantes genéticas “boas” no início do nosso desenvolvimento e “ruins no final de nossas vidas. A síntese desta visão seria a de que, o que é velho potencialmente ‘é descartável’.

Já os complicacionistas acreditam que o envelhecimento ocorre porque é uma fase do desenvolvimento controlada ação de genes que poderiam ter suas atividades moduladas, retardando ou acelerando o processo de envelhecimento pela ação de variáveis ambientais. No homem, este processo também ocorreria, sendo as condições biopsicossociais muito importantes na determinação do processo de velhice.

Muitos acreditam, como é o caso destes autores, que o envelhecimento e a morte são parte natural do processo vital, e que devemos aceitar como um fato consumado. Isto porque a harmonia do planeta passa por um reciclar das gerações. Assim entendem como justa a existência de mecanismos que acabem determinando o envelhecimento e a nossa própria morte. Mecanismos estes que iniciam com um processo genético que leve ao envelhecimento e a morte, e que são potencializados pelo meio ambiente.

## PREPARANDO A PASSAGEM

Uma aproximação honesta e humana acerca da morte só é possível quando nós próprios formos capazes de entrar em contato com as nossas entranhas, com nossos sentimentos mais profundos. Outro caminho só vai evitar a confrontação honesta perante a morte. Não é o morrer ou a morte que tememos como o desconhecido, são os sentimentos desconhecidos em si mesmos.

O estado mórbido que chamamos de Doença Terminal se caracteriza por algumas situações clínicas precisamente definidas, as quais se podem relacionar da seguinte forma:

- Presença de uma doença em fase avançada, progressiva e incurável;
- Falta de possibilidades razoáveis de resposta ao tratamento específico;
- Presença de numerosos problemas ou sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e alternantes;
- Grande impacto emocional (no paciente e em seus familiares) relacionado à presença ou possibilidade incontestável da morte;
- Prognóstico de vida inferior a 6 meses.

Os pacientes terminais apresentam peculiaridades próprias que o profissional em saúde deve conhecer. O controle dos sintomas do estado terminal deve ser abordado não só do ponto de vista

farmacológico, como também, do ponto de vista psicológico, social, familiar e espiritual.

Nesses pacientes os sintomas costumam se manifestar como consequência de diversos fatores, os quais podem ser decorrentes da própria doença que levou ao estado terminal, oriundos dos tratamentos médicos fortemente agressivos à saúde, da debilidade física geral ou de causas totalmente alheias à doença grave, entre elas, o estado emocional do paciente.

Seja qual for a origem dos sintomas e do quadro geral que o paciente apresenta, é necessário explicar, da melhor forma possível, o que está ocorrendo e as possíveis questões que possam estar preocupando os familiares, os quais devem estar sempre bem informados, especialmente quando os cuidados estiverem a cargo deles (SÁNCHEZ, 2000).

Mas é importante deixar claro que as atitudes dos cuidadores (sejam familiares ou não) servem para revestir o paciente de dignidade de forma que a passagem venha a ocorrer com o mínimo de sofrimento possível.

Um reconhecimento honesto dos últimos sentimentos da mortalidade do homem capacita-nos para fazer livres escolhas. Só quando conhecemos os nossos sentimentos é que podemos respeitar as nossas únicas reações. Não é preciso nos esconder atrás das nossas emoções e nas defesas artificiais. Os sentimentos são tão normais como a morte. É normal não saber lidar bem com a morte. Não é anormal admiti-lo ou mostrá-lo. Assim, é normal sentir dificuldade e medo. É normal querer fugir, mandar flores em vez de ir ao funeral. É normal sentirmo-nos tensos, querer gritar e chorar. É normal sentirmo-nos bem e aliviados quando alguém morre. Os sentimentos não têm moral. Eles podem ser bons ou maus, mas sempre eticamente neutros.

## A PERCEPÇÃO DA MORTE

Ao tomar consciência da doença terminal, o paciente se dá conta de que sua vida é finita e limitada. Assim, a vida destes doentes tem que ser reorientada, tal como os seus valores, objetivos e crenças que devem ser acomodadas na sua realização súbita.

Apesar da sua infância tardia, quase todas as pessoas têm consciência cognitiva que a morte é universal e que um dia cada um de nós vai morrer. No entanto, a notícia de ser um doente terminal muda radicalmente a perspectiva do paciente. Antes, o fato da própria morte podia ser negada. Era um acontecimento que no futuro podia ser representado e sublimado. Mas, a partir de então, a morte é conhecida como iminente, o paciente percebe a morte com maus olhos, com um significado pessoal próprio, de acordo com suas crenças e valores.

Um paciente pode tornar-se consciente que vai falecer de muitas maneiras: um relatório direto do médico; comentários do médico para outras pessoas relatos diretos de outros profissionais de saúde – em especial as enfermeiras; comentários pessoais de outros profissionais de saúde; relatos diretos de outras pessoas envolvidas como os membros da família, pessoas que trabalham na área social ou o advogado de família; comentários de outras pessoas envolvidas; mudança de comportamento das pessoas, por exemplo, o médico deixar de fazer as visitas de rotina, as interações dos outros profissionais de saúde ser menos persistentes e a visita súbita de um ente querido vindo de uma distância considerável; mudanças dos procedimentos de tratamento médico como, por exemplo, uma medicação diferente é administrada e a cirurgia é cancelada; mudanças no hospital, como acontece quando o paciente pode ser mudado para outro quarto, enviado para casa ou colocado num local com maiores facilidades.

Há ainda o auto-diagnóstico, posto que através da leitura, ouvir os sintomas fatais de outras pessoas e avaliar as reações de outras pessoas este indivíduo pode prever um autodiagnóstico. Além disso, há os sinais do próprio corpo e as futuras respostas alteradas do médico, por exemplo, discussões acerca do futuro podem ser alteradas em resposta à sua relutância ou então é agressivamente evitada.

O paciente passa, então a sentir a perda eminente de sua vida, de si próprio. Ele sente a perda quando reconhece quando perde tudo que ele conhece e amou. E sofre muitas mudanças: mudanças no seu corpo, mudanças em assumir o seu futuro, mudanças na sua independência, mudanças nas suas capacidades e habilidades e mudanças nas suas relações com os amigos. Tudo isto ataca o seu ego que tenta manter a sua homeostasia e que seriamente desestabiliza a

peessoa. O paciente tenta ferozmente atingir um novo equilíbrio utilizando defesas psicológicas e mecanismos de *coping*.<sup>13</sup> Contudo, as defesas psicológicas são difíceis para o doente terminal por estas três razões (VERWOERDT, 1966):

1. A doença em si e as seqüelas físicas esgotam as energias do sujeito para que os mecanismos de *coping* sejam apropriados;
2. O indivíduo nunca teve nenhuma experiência anterior com a morte para se preparar e para se adaptar a ela;
3. Uma adaptação saudável requer a expectativa de prazer para apresentar resultados positivos no futuro. Isto está ausente num paciente que lida com a doença terminal.

Por estas razões, a crise de conhecimento acerca da morte oprime e deprime o indivíduo.

Existem imensos modos pelos quais o paciente pode reagir face à doença terminal. Eles podem aceitar ou negar as notícias, vacilar entre aceitar ou negar ou fazer as duas em simultâneo. Podem, ainda, ter conhecimento que estão para morrer, mas emocionalmente podem se sentir incapazes de aceitar a passagem como algo inevitável. Inversamente, podem aceitá-la, mas não conseguem verbalizá-la. Seja qual for a resposta, aceitam-na para proteger o ego chocado e tentando conhecer suportar a dor deste momento, que nem sempre é física: a dor da morte mais doída é a de saber-se humano, mortal e limitado.

## DEVERES DO PACIENTE TERMINAL

Alguém que é forçado a utilizar mecanismos de *coping* com uma doença séria tem que saber algumas tarefas básicas adaptativas. Moss e Tsu (1977) identificaram sete tarefas que são, geralmente, encontradas em algumas das doenças sérias e não só nas doenças terminais.

<sup>13</sup> O *coping* é concebido como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas. Os esforços despendidos pelos indivíduos para lidar com situações estressantes, crônicas ou agudas, têm se constituído em objeto de estudo da psicologia social, clínica e da personalidade, encontrando-se fortemente atrelado ao estudo das diferenças individuais.

A relativa importância de cada tipo de tarefa varia dependendo do tipo e da natureza da doença, da personalidade de cada indivíduo e das circunstâncias do meio em que ele se encontra, como segue:

- A primeira série de tarefas diz respeito a lidar com o desconforto, com as incapacidades, limitações e outros sintomas da doença;
- A segunda série é saber lidar com o *stress* de certos procedimentos especiais de tratamento e com as instituições, pois radiação, quimioterapia e cirurgia representam procedimentos de tratamento que têm adaptações do corpo e os seus efeitos. Adicionalmente, existem novos e técnicas altamente especializadas para o tratamento. A unidade de tratamento intensivo, a sala de tratamento de radiações ou a sala de espera para a consulta destes pacientes são todos meios estranhos para a procura de soluções do indivíduo e da sua família. A separação dos pacientes das suas famílias e a natureza invulgar do tratamento criam problemas e adicionam perdas secundárias para eles;
- As tarefas na terceira série consideram o desenvolvimento e mantêm relações adequadas com os cuidadores. O paciente e a sua família têm que considerar os mecanismos de *coping* interpessoais com o sistema de saúde. Eles podem sentir-se inseguros acerca de como expressar a sua preocupação honesta, ou necessidades, e estão incertos acerca como podem receber informação específica ou que procedimentos seguir;
- A quarta categoria de tarefas preocupa-se em preservar um equilíbrio emocional através de lidar com os sentimentos oriundos da descoberta da doença, como a ansiedade, a fúria, a alienação ou a inexecuibilidade. É preciso que o paciente mantenha a esperança, mesmo quando a realidade da doença limita e escassas as chances de um futuro promissor. No entanto, é preciso acreditar.
- Preservar a auto-imagem satisfatória e manter a competência e mestria é a quinta série de tarefas. As mudanças devem ser incorporadas numa nova e revista imagem-própria, para que os valores pessoais e o estilo de vida venham a ser acomodados;

- A sexta categoria de tarefas inclui a preservação de relações com a família e os amigos. O paciente precisa continuar os contatos com aqueles que ama, apesar da isolamento ou alienação que por vezes acontece na hospitalização, na doença, na relutância de outros de estar em contato com o doente terminal. A comunicação tem que ser aberta e mantida para suprir esta necessidade;
- Finalmente, a sétima categoria de tarefas envolve a preparação para um futuro incerto em que as perdas são significativas e ameaçadoras. Isto significa que lidar com a ansiedade aliada à incerteza; é como a tristeza corrente e perdas potenciais.

Em adição a estes sete tipos de tarefas existem outros para lidar com o doente terminal (KALISH, 1970). Desta forma, o paciente deve planejar uma variedade de afazeres. Cada um dos sinais coloca o paciente um passo mais perto da morte. Isto inclui novamente pagar os débitos, informar-se acerca dos regulamentos da seguradora, preparar o funeral e outros assuntos ligados ao funeral. Por vezes a dor e o desconforto, o medo, a ansiedade, a confusão podem fazer com que o paciente não se envolva com este tipo de tarefas, o que é bastante compreensível.

O indivíduo deve retomar os mecanismos de *coping* para melhor lidar com a perda, tanto daqueles que ama como com dele próprio. As pessoas com doenças terminais preocupam-se demais com os efeitos de como devem lidar com os sobreviventes quanto às questões legais e financeiras. Eles freqüentemente preocupam-se consideravelmente com as necessidades dos familiares e daqueles que quer bem, a sua vulnerabilidade e como retomar as suas necessidades de se relacionarem com os outros. Estes assuntos de cunho emocional devem ser discutidos, abertamente e honestamente, frente a frente.

O paciente deve ver os futuros medicamentos como necessidades. Normalmente estas tarefas são delegadas para outras pessoas, mas muitas vezes o paciente sente satisfação em exercer controle nestas matérias, como os analgésicos, o tipo, a dosagem, a freqüência e tipos de efeitos que podem ser tolerados e decididos pelo paciente.

O paciente deve planejar o futuro. O que resta de energia e de tempo, e recursos financeiros devem ser atribuídas pelo paciente. Assim, é preciso que o paciente antecipe a dor futura e desconforto e aprenda a lidar com as possibilidades de perda de variadas formas de sensibilidade, motricidade e capacidades cognitivas. Todas estas expectativas são provocadoras de ansiedade para o paciente. Contudo, as mudanças em relação à perda de *performance* e função têm que ser realisticamente antecipadas e planejadas.

O paciente tem que utilizar os mecanismos de *coping* efetivamente para lidar com a perda do *self* e a identidade e com o encontro da morte. O paciente é levado a controlar as suas áreas vitais da sua vida e lidar continuamente com a fragmentação do seu corpo e das suas perdas do *self* e identidade.

Lidar com o encontro da morte é inevitável e traz assuntos como a imortalidade. Muitos são apaziguados através da religião. Para outros a religião não traz apaziguamento interior nenhum. É aqui que aquelas pessoas que pensam que não contribuíram para a sociedade entram numa fase a que Erikson chamou de “estado de desespero”:

- O paciente é quem decide se acelera ou desacelera o processo de morte. O paciente sofre influências deste processo. Se ele desiste, pára de lutar ou submete-se ao tratamento e pode sucumbir mais cedo à doença que os medicamentos antecipados. Se ele for forte, pode adicionar experiências de remissão;
- O paciente deve saber lidar com os numerosos problemas psicossociais. O paciente luta com problemas da morte. O paciente luta pelo controle de sua própria vida.

Praticamente todas as intervenções clínicas são sugeridas para colocar mais cognições, emoções e controles do comportamento corporal nas mãos do doente terminal que as tem prontidão. O aspecto do controle sobrevive em todas as fases do doente que são submergidas para lidar com mecanismos de *coping* de muitos modos diferentes de perda. Dado que o paciente é incapaz de evitar as suas perdas, um sentimento de perda de controle é inevitável. O desejo de controlar é natural e compreensível, mas o controle é continuamente tratado

com a dissolução da doença e da situação de ultimato com aquilo que é poderoso – a morte.

E importante diferenciar a experiência de dor daqueles que têm sofrimento. A dor sozinha não é igual ao sofrimento. Por exemplo, uma mulher no parto pode sentir dor, mas não necessariamente sofrimento.

O corpo não sofre, a pessoa é que sofre. Isto acontece normalmente quando a consciência da pessoa não pode ser tocada ou desaparece.

Para o sofrimento ter lugar, uma perda ou uma ruptura do sentido de auto-estima pode ocorrer. O sofrimento físico não é necessário. Para o doente terminal este assunto é crítico. A doença pode tomar a vida do paciente, trazendo-lhe dor física, mas o sofrimento não precede disso. Se precede ou não, é dependente do significado que o paciente dá à dor. “Essa dor não é um objetivo em si, mas as nossas respostas à dor faz com que seja sofrível ou sofrimento” (PATTISON,1978).

A intervenção médica pode facilitar a dor física, tal como métodos não tradicionais. Contudo, a mera diminuição da dor não poderá nem conseguirá erradicar o sofrimento. O sofrimento tem que ser assistido conscientemente, compreensivelmente e com conforto.

Os cuidadores podem fazer muito para aliviar o sofrimento do paciente terminal. Ao minimizar as perdas que rompem o sentido individual de falta de consciência – isolamento, rejeição, perda de controle – vão reduzir o sofrimento individual apesar da presença da dor física.

Adicionalmente, trabalhar com o doente terminal para colocar a experiência numa perspectiva religiosa, filosófica ou que tenha significado pessoal pode traduzir-se como compreensível ou emprestada transcendentemente como estrutura e referência que dá algum sentido e permite melhor ser tolerado. Neste sentido, é preciso perceber o paciente não como um ser meramente biológico, mas, sim, biográfico, com uma história de vida própria, um passado... mesmo que o futuro não seja tão óbvio assim.

## DIREITOS DO PACIENTE TERMINAL

A relação médico-paciente, no estágio terminal da doença, apresenta problemas específicos que se revestem de grande importância para a ética biomédica. A doença é a experiência da fragilidade que provoca, na situação terminal, a consciência aguda da mortalidade, da finitude de sua existência.

Completa, é uma situação difícil porque ultrapassa o limite biológico da intervenção médica e configura a relação médico-paciente numa dimensão mais profunda e delicada do que a relação terapêutica. O que resta a fazer quando nada mais há a fazer? O que muda? Em que sentido há que se redefinir condutas e posições neste momento difícil em que tanto o médico quanto o paciente se defrontam com a realidade do limite?

Em muitos casos, o médico julga que sua tarefa terminou quando nada mais pode fazer pela unidade orgânica viva. Mas é exatamente esta a ocasião para lembrar que, além dos aspectos biológicos que condicionam a fatalidade do fim do organismo, estamos, sobretudo neste momento, diante de uma pessoa e diante da experiência-limite da existência. Esta dimensão propriamente humana do paciente aparece, então, com uma nitidez e uma força por vezes até inibidoras. Não é possível uma relação de familiaridade com a morte.

Por mais que se conviva com ela, a morte só parece natural para quem a define apenas como o término objetivo das funções vitais. Mas esta terminalidade, no ser humano, não é somente a cessação da funcionalidade biopsíquica: é a consciência do fim da vida que traz, seja qual for a maneira como se interprete a situação, algo de angústia e de mistério, de profunda intimidade consigo mesmo e de inevitável solidão. A relação médico-paciente, se mantida com autenticidade até o final, inclui o defrontar-se com a sua parcela de participação nesta experiência vertiginosa.

Para ambas as partes – incluídos, no lado do paciente, a família e os que lhe são próximos – impõe-se, muitas vezes, um posicionamento mais claro e mais consistente acerca de direitos e deveres.

## O Direito à Verdade

É um dilema vivido com frequência pelos médicos nas situações que envolvem relação com paciente terminal: contar ou não contar a verdade. Seja com o intuito de poupar o paciente no aspecto emocional, seja para evitar uma depressão psicológica de conseqüência agravante para o estado geral, seja para não se envolver mais do que exigiria a objetividade clínica, o médico, por vezes, opta por não dizer a verdade. Ou toda a verdade. Seria preciso verificar, nestas situações, o peso dos fatores subjetivos que influem na decisão do médico frente à consideração do direito do paciente.

O paciente terminal raramente desconhece a sua situação, mesmo que não possa sempre avaliá-la integralmente. A desordem patológica que rompe o silêncio que o corpo mantém na saúde fala por si. A situação de doença é uma experiência de atenção que a pessoa presta ao próprio corpo – por exigência do organismo – que emite sinais. A interpretação de tais sinais é ocasião de angústia para o paciente que, naturalmente, recorre ao médico como alguém habilitado para a decifração.

Silenciar ou evitar o assunto, ou mesmo contornar a verdade, são atitudes que não anulam os sinais, mas, antes, exacerbam a expectativa do paciente diante de algo cujo alcance ele não pode compreender inteiramente. Isto nos indica que nem sempre evitar a verdade equivale a manter o paciente no repouso da ignorância, mas significa, na maioria das vezes, alimentar uma ansiedade e cultivar um estado aflitivo de dúvida.

Muitos textos de ética médica costumam vincular o direito do paciente a saber a verdade a possíveis decisões que ele teria que tomar, seja do ponto de vista material, seja do ponto de vista existencial. É um fator relevante, mas evidentemente não é decisivo. Todas as decisões, seja qual for o alcance que possuam, derivam primeiramente de uma relação da pessoa consigo mesma, que pode ser conflituosa ou pacífica, fácil ou difícil, dependendo basicamente da possibilidade de avaliar e interpretar os dados disponíveis.

A consciência de si é indubitavelmente o primeiro destes “dados”, o solo natal de todas as avaliações. É a este estágio fundamental de relação com o mundo – a relação a si – que se vincula o direito que o

paciente, enquanto pessoa e sujeito, tem de saber a verdade sobre si mesmo. Ele é o primeiro árbitro de sua vida e tem o direito de agir como sujeito do seu próprio destino, ainda que este já esteja “selado”. A possibilidade de tomar decisões refere-se, antes de mais nada, àquelas que envolvam o próprio paciente. Privá-lo disto é destituí-lo da condição de sujeito e cercear o exercício da autonomia.

Não se pode ignorar, por outro lado, que a decisão acerca de dizer ou não dizer a verdade pode envolver um conflito de valores. Pode-se julgar, por exemplo, que o conhecimento de seu estado real agravaria a situação do paciente, acrescentando aos males de que já sofre outros de ordem emocional ou psicológica. O médico pode entender, então, que estes conhecimentos, além de desnecessários, são prejudiciais. Mas neste caso, o potencial maléfico pode e deve ser contrabalançado pela conduta do médico na relação com o paciente.

A decisão de contar a verdade não pode ser nunca isolada de um acompanhamento do paciente que leve em conta o impacto e as conseqüências do que ele venha a conhecer sobre o todo de sua personalidade. É por isso que a relação médica com o paciente terminal ultrapassa, como já mencionado antes, os limites do contato clínico objetivo.

Nesta perspectiva, a comunicação entre médico e paciente assume a função primordial: será um diálogo aberto e sistemático, planejado e individualizado, que proporcionará as condições para que a repercussão emocional de “saber a verdade” não se transforme em desordem psicológica. A experiência da doença não se restringe aos aspectos localizados da patologia clínica, mas é uma experiência da pessoa em sentido total. Esta característica, que não pode ser nunca descuidada, torna-se mais sensível nas situações terminais.

### Direito ao Diálogo

O que se observa muitas vezes é uma tendência ao isolamento do paciente terminal. Por várias razões, quase todas compreensíveis do ponto de vista humano, o pessoal médico passa, involuntariamente, a evitar um contato mais freqüente com esse tipo de paciente: sem dúvida, a frustração proveniente do reconhecimento forçado do limite da ação médica tem um grande peso nesta atitude, uma vez que o

médico, depois de ter de aceitar que nada mais pode fazer do ponto de vista terapêutico, sente que sua presença junto ao paciente é inútil e embaraçosa.

O resultado deste comportamento é o corte da possibilidade de diálogo numa situação em que o apoio e a solidariedade seriam especialmente importantes. É compreensível que o médico entenda que sua missão é curar e quando isto já não mais é possível deve dar sua tarefa por encerrada. No entanto, se admitimos que há uma ligação íntima entre curar e cuidar, e se o cuidado do paciente deve ser entendido como atenção à pessoa, tanto ou mais do que à doença, a presença do médico junto ao paciente terminal passa a ter sentido, pois a relação terapêutica, compreendida como benefício e ajuda, se prolonga no diálogo, muitas vezes penoso, mas sempre necessário e que deve ser mantido para proporcionar ao paciente a indispensável assistência para viver a experiência-limite do passamento.

Aqui não se trata tanto de conforto e consolo quanto da elucidação de fatos e significados; o paciente deve ser assistido no procedimento de saber a verdade e reconhecer o significado do que está acontecendo com ele. É uma fase em que cada evento, cada palavra, cada pensamento, cada propósito, cada decisão e cada atitude assumem significado inteiramente novo, dado o contexto específico em que se inserem.

O desejo de falar, de ser ouvido e de obter resposta torna-se, em muitos casos, mais intenso porque o tempo passa a ter outro significado. Negar a possibilidade do diálogo nesta situação é desconhecer o fundamento existencial de uma experiência essencialmente humana e obscurecer o sentimento de dignidade que, nesta situação, expressa de maneira mais nítida a força emocional inerente ao sujeito. O que esquecemos facilmente é que o término da vida pode ser também um processo de expansão da personalidade.

A chamada “medicalização da morte” e a relação exclusivamente terapêutica (no sentido objetivamente clínico) com o paciente retiram o sentido eventualmente positivo que esta experiência contém, mas que somente se torna claro quando devidamente compartilhado. E compartilhado não apenas com o médico e pessoal clínico, mas também com outras pessoas, familiares, amigos e até mesmo com

grupos e organizações às quais esteja eventualmente vinculada a experiência, passada e presente, do paciente terminal.

Nesta perspectiva, compartilhar significa o direito ao diálogo visto como assistência e interação. Isto se dá, sobretudo, quando a experiência da doença repercute socialmente e nela estão envolvidos grupos da sociedade civil organizada, como no caso da AIDS. Seria ir contra um dos significados fundamentais do princípio da beneficência impedir que o paciente terminal, por sua livre vontade, confira à sua experiência um alcance mais amplo do que o sofrimento solitário, já que a partilha da experiência no diálogo com o outro é por si mesma um paliativo e até mesmo uma justificação.

Pode-se dizer, enfim, que proporcionar os meios para que o paciente terminal não se veja privado deste aspecto fundamental da existência que é a sociabilidade, expressa no diálogo solidário, significa nada menos do que a promoção da dignidade humana.

### Autonomia e Decisão

Se o diálogo inclui o respeito à dignidade do paciente, ele expressa também o reconhecimento da autonomia, da liberdade do sujeito que se afirma sobre a fragilidade que a doença e a morte testemunham.

Autonomia expressa a essência humana como liberdade de escolha; antes de tudo a possibilidade de optar em relação a tudo o que diga respeito à própria pessoa. A opção responsável é o exercício do direito inerente a todo ser humano de responder por si mesmo aos desafios da existência, isto é, de dominar, pela razão e pela vontade, o curso de sua própria história. Mesmo que o acontecimento escape ao controle da mente e do livre-arbítrio, a pessoa poderá sempre compreendê-lo e tomar posição frente a ele, ainda que esta compreensão seja o entendimento da fatalidade inerente àquilo que a sobrepuja.

Não é por acaso que a religião e a filosofia têm insistido neste adágio: “a verdade liberta”. A compreensão do que é mais forte do que eu e do que me transcende pela força e pelo determinismo me confere a liberdade de me situar perante o que não posso mudar. Qualquer decisão, antes de possuir uma projeção objetiva no mundo, antes de eventualmente transformar as coisas, transforma a mim mesmo na

medida que permite a escolha da conduta e da maneira de ver o mundo. Por isso, a autonomia é inseparável do conhecimento da verdade.

Em que sentido o paciente tem o direito de decidir? Na relação terapêutica habitual, o médico detém o privilégio do conhecimento daquilo que é melhor para o paciente. Ainda assim, a administração de terapêuticas está, em princípio, sujeita ao acordo do paciente, de seus familiares e dos eventuais responsáveis. Para obter o necessário consentimento, o médico transmite ao interessado a informação pertinente, assegurando-se de que a resposta estará condicionada ao correto entendimento da informação. Exceto em circunstâncias excepcionais, o consentimento informado, aí incluído um balanço de riscos e benefícios, é requisito para procedimento clínico.

Na prática, o consentimento informado pressupõe uma parcela não desprezível de confiança no médico, que afinal é quem está em princípio melhor habilitado para um julgamento objetivo da situação. Nestas circunstâncias, é inevitável que parte ponderável dos fatores condicionantes da decisão do paciente corresponda tanto às informações quanto à opinião do médico, que é, via de regra, tomada como um juízo objetivo.

No caso do paciente terminal já não existe a questão da escolha entre alternativas terapêuticas baseadas no balanço de risco e benefício ou na maior ou menor probabilidade de sucesso. Não se trata, portanto, daquilo a que chamamos de relação terapêutica habitual. A questão que em geral se coloca nestes casos é a da possibilidade de prolongamento da vida mediante intervenções terapêuticas que a literatura ética classifica de ordinárias ou extraordinárias. Isto posto, quando existe diagnóstico seguro de estágio terminal, a decisão do paciente está bem menos dependente de informações acerca de prognósticos ou de possibilidades e se apresenta, em certo sentido, como uma escolha bem mais radical, isto é, muito mais dependente da espontaneidade de sua consciência em face da situação em que se encontra.

Não deixa de ser uma decisão baseada em informação, mas a natureza da informação, – saber a verdade – muda substancialmente o modo como deve ser acolhida e interpretada a decisão. Se considerarmos a questão exclusivamente pelo ângulo ético, a radicalidade da decisão implica um exercício mais profundo da autonomia, já que os fatores informativos detêm aí um peso menor e,

em contrapartida, é grande o peso da resposta à situação – adquire maior relevância o fato de a opção provir do sujeito autônomo.

O grau maior de consistência propriamente ética da decisão acarreta um grau maior de respeitabilidade. Conseqüentemente, no plano da ética biomédica, assume extraordinária importância o direito que tem o paciente terminal de decidir sobre o decurso de sua história pessoal.

É evidente que esta interpretação se aplica aos casos em que o paciente tem condições de decidir a partir de julgamento suficientemente lúcido baseado em capacidade reflexiva.

### Terapia e Benefício

Sem dúvida, a situação limite vivida na relação médico-paciente é aquela caracterizada pela impossibilidade de curar. A questão que se coloca é: como reconhecer esta situação e como atravessar a experiência que ela acarreta?

Na relação médico-paciente existe um fator de dependência que leva o doente a ver-se através dos olhos do médico, o que significa, para o paciente, envolver-se na relação clínica e encontrar uma maneira de participar do processo de cura. O exercício da autonomia a partir da informação desempenha aí função relevante. Neste caso, o médico funciona como doador da margem de objetividade, a partir da qual o paciente avalia sua situação e administra sua relação com a doença. É com base nesta reciprocidade de papéis que se pode falar em deveres do paciente. Levar em conta as prescrições terapêuticas, comportar-se de acordo com a orientação recebida, comunicar as alterações orgânicas e colaborar na interpretação da evolução do seu estado através de informações verdadeiras são atitudes que podem ser tidas como deveres do paciente.

A situação terminal vem perturbar este acordo tácito. Ver-se através dos olhos do médico para situar-se com objetividade clínica perante a própria doença já não aparece para o paciente como uma atitude positiva. Muda a significação do referencial clínico. Do lado do médico, o reconhecimento do limite da possibilidade terapêutica tende muitas vezes a transformar-se num sentimento difuso de impotência.

A função médica é indissociável do poder: a idéia que o senso comum faz do médico, e em grande parte a idéia que ele faz de si

próprio, é a de alguém que, embora dentro de limites, detém o poder da vida e da morte. Por esta razão, nem o médico nem o paciente podem estabelecer uma relação serena com a situação de impotência.

A fase terminal da doença tende a ser interpretada e vivida como o esvaziamento da relação médico-paciente. Isto decorre de que esta relação é concebida como substancialmente clínica. É perfeitamente compreensível que assim seja porque a função precípua do médico é curar. Mas precisamente o que a situação terminal traz de novo é a relativização deste aspecto e sua inserção numa visão mais global da interação médico-paciente. Surge então a necessidade de compreender que o limite da possibilidade terapêutica não significa o fim da relação médico-paciente.

O alcance da beneficência médica vai além das possibilidades de interferir objetivamente no curso da doença. Quando esta intervenção já não é mais factível no estágio atual da ciência médica, transforma-se o teor da relação e esta passa a ter um outro sentido. Porque o sentido da objetividade clínica não é o único que deve estar presente na relação médico-paciente. A perda do objetivo determinado, que é curar uma doença específica, não acarreta a perda do objetivo pensado a partir de uma visão mais ampla do princípio de beneficência: o doente como pessoa.

A visão do paciente como pessoa é o substrato ético da relação médico-paciente. A situação terminal traz plenamente à luz a substância ética da relação. Não é que se instale um conflito entre relação substancialmente clínica e substancialmente ética: jamais uma relação clínica pode ocorrer sem fundamento ético. Mas quando o tratamento clínico atingiu o limite da possibilidade, o sentido ético da relação prevalece e é neste caso que se coloca mais nitidamente a questão do direito do paciente terminal. O reconhecimento deste direito é decorrência do reconhecimento da singularidade da situação terminal.

Os avanços tecnológicos da medicina por vezes tornam impreciso o limite das possibilidades terapêuticas. Os aparelhos que prolongam a vida, os meios extraordinários aplicados à manutenção das funções biológicas, o dever de envidar todos os esforços no sentido de impedir a morte, usando para isto todos os meios disponíveis, criaram a possibilidade teórica de retardar indefinidamente o momento em que se pode reconhecer o limite da ciência e da tecnologia na manutenção da

vida. Não se trata aqui apenas de uma questão de diagnóstico e de prognóstico. O problema envolve a própria definição de vida, para que se possa determinar o momento do seu término ou então a característica irreversível do processo de finalização da vida.

Além das opções objetivas que a literatura bioética vai construindo para enfrentar estes problemas (critérios para determinar o momento da morte ou a irreversibilidade do processo), é importante salientar que a travessia destes momentos é inseparável de uma interação constante entre o médico e o paciente, sempre que isto seja possível, ou de uma atenção àquilo que foi manifestado pelo paciente anteriormente, ou ainda àquilo que pessoas próximas ou familiares possam testemunhar acerca de suas deliberações.

Na situação terminal, a vontade do paciente, na medida em que possa ser razoavelmente compreendida e interpretada, deve ser levada em conta na implementação da conduta médica. Pelos motivos acima alegados, tais vontades e decisões são a expressão de como a pessoa deseja viver a experiência crucial que se apresenta. Na medida em que as possibilidades terapêuticas já não apresentam o mesmo sentido positivo que as caracteriza em outras ocasiões, os critérios de decisão necessitam atender a valores que se situem no plano da dignidade humana, da liberdade, das crenças e das expectativas da pessoa, e não apenas na dimensão da atividade terapêutica a que, por vezes, o médico se apega por entender que é esta a sua função.

Quando, por exemplo, o sofrimento infligido ao paciente como decorrência do emprego de meios extremos para a preservação da vida não se apresenta como proporcional às possibilidades de eficácia objetivamente analisadas, é direito do paciente não ter que passar por situações de depauperação humana inutilmente. Poder-se-ia dizer que, nestes casos, o imperativo hipocrático *non nocere* se sobrepõe ao dever de prolongar a vida, se a tentativa implica em sofrimento não contrabalançado por reais perspectivas de sucesso.

É direito do paciente participar destas decisões e até mesmo dar a última palavra depois de devidamente informado acerca das possibilidades, sempre que possível. Vê-se que tais decisões envolvem um processo intenso de interação, de comunicação efetiva e de assistência pautadas pelo respeito aos valores inerentes à pessoa, ao ser biográfico.

Assim, a beneficência e a justiça se relacionam quando se trata de avaliar a compatibilidade entre custos e benefícios. No caso do doente terminal, o custo humano do esforço terapêutico deve ser medido relativamente à situação existencial do paciente globalmente considerada. Desta forma, os valores éticos que obrigatoriamente compõem na avaliação evitam que o objetivismo clínico se transforme em “obstinação terapêutica”: o correto estabelecimento da relação entre meios e fins, a visão realista da proporcionalidade entre estes fatores e uma consciência nítida do valor e da dignidade da vida redundam numa apreciação justa de todos os componentes da situação terminal e no equilíbrio que deve presidir a relação entre direitos e deveres que se estabelecem nestes casos.

## OS TIPOS DE MORTE NA DOENÇA TERMINAL

Existem quatro tipos de morte na qual cada uma é individual (SUDNOW,1967): a morte social, morte biológica, morte psicológica e morte fisiológica.

A morte social representa a morte simbólica do paciente no mundo como o paciente a conhece. Socialmente, o mundo começa a afastar-se. Isto ocorre naturalmente quando a doença força a uma mudança no estilo e vida ou se o indivíduo é hospitalizado e retirado do seu ambiente familiar e de trabalho. O número de contatos sociais do indivíduo decresce, também, em proporção. Este fato faz com que o paciente tome consciência direta da sua situação, da sua doença e que pense no seu estado futuro. Geralmente a vida social do paciente acaba por se resumir, no fim, àqueles que lhe são mais próximos.

No entanto, em alguns casos, a morte social dá-se mais cedo do que necessário. Assim, os doentes serão colocados em hospitais ou lares pelos familiares que já os consideram “mortos”. Eles podem tornar-se vítimas de uma dor antecipada por parte dos seus entes queridos, resultando num distanciamento programado.

A morte psicológica refere-se à morte da personalidade do indivíduo. A morte biológica refere-se ao ser humano, que enquanto entidade biológica, deixa de existir. A morte fisiológica dá-se quando

todos os órgãos do corpo humano deixam de funcionar e é declarada a morte clínica.

Idealmente, estes quatro tipos de morte sucedem-se nesta seqüência, facilitando-se uns aos outros. A intervenção terapêutica tenta estruturar este ambiente, para que os dois primeiros tipos não sejam anteceditos pelos posteriores. Quando a morte biológica precede a morte fisiológica num intervalo demasiado grande de tempo, colocam-se questões pertinentes sobre bioética nos processos como a eutanásia, transplante de órgãos ou “desligar” as máquinas de SAV (Suporte Avançado de Vida).

Uma interação continuada entre o paciente e os familiares, bem como os terapeutas, é crítica na afirmação da vida social e psicológica do paciente. O paciente precisa ser continuamente acompanhado durante a doença e permitindo-lhe morrer de uma forma o mais possível natural na altura da morte biológica.

### O Intervalo de Vida e Morte

Uma concepção útil do processo de morte foi referida por Pattinson (1977, 1978). Embora se possa morrer a qualquer época, todos vivemos seguros de que temos um tempo médio de vida com o qual podemos planejar as nossas vidas. O diagnóstico abrupto de uma doença terminal leva-nos a um confronto com uma situação de crise. Os nossos planos para o futuro são drasticamente alterados. Devido aos avanços da Medicina, o intervalo entre a vida e a morte foi prolongado, o que dá mais tempo ao aparecimento de doenças.

Viver com uma doença terminal acarreta muitos problemas:

- Remissões e lapsos de saúde/doença;
- Períodos prolongados com a preocupação e a dor de se estar doente;
- Aumento das preocupações financeiras, sociais e psicológicas;
- Diminuição progressiva da relação do paciente com a sua família e vice-versa;
- Períodos mais longos de incerteza;
- Tratamentos intensivos para abrandar o processo de doença e os seus efeitos secundários;

Dilema acerca das opções a tomar em relação à vida e aos tratamentos propostos.

É este o preço a pagar, agora que as doenças terminais são cada vez mais comuns e que o período de vida útil do paciente maior. Não vale a pena prolongar a vida psicológica de alguém nem a dor emocional, dizem alguns. Mas a verdade é que as doenças são cada vez mais crônicas na sua natureza e colocam mais exigências àqueles que trabalham junto dos pacientes terminais.

O período entre a vida e a morte, segundo Pattinson, pode ser classificado em três fases:

1. A fase da descoberta da doença terminal;
2. A fase crônica entre a vida e a morte;
3. A fase terminal.

É possível responder à primeira fase através de uma intervenção de choque, de forma a não resultar numa desintegração caótica da vida do paciente durante o resto da fase seguinte.

Na segunda fase, é importante tentar colocar questões que se adaptem ao período entre a vida e a morte.

Finalmente, a terceira fase leva o cuidador ou o profissional em saúde a assistir o paciente para que este entre na fase terminal descansada e sem dores, quando esta se tornar inevitável.

### Morrer como um Processo Natural da Vida

Para a maioria dos pacientes as perdas não irão acontecer todas de uma vez só e será um processo gradual que os conduzirá à morte. Isto deve ser reconhecido pelos terapeutas e pelos familiares do doente para que estes se relacionem com este de acordo com o seu estado. Tratar os pacientes como se estivessem já nos últimos dias de vida, quando na realidade ainda poderão ter meses ou mesmo anos à sua frente seria negar o próprio processo de doença e morte em si.

Durante o intervalo crônico de vida e morte, é importante criar expectativas razoáveis ao doente e à sua família. Muitas vezes os doentes desistem dos seus sonhos e das expectativas por causa de um diagnóstico mal elaborado. Não é raro os familiares e aqueles próximos

ao doente terem medo de uma contaminação, o que faz o paciente experimentar a rejeição, o isolamento e um possível abandono como uma consequência direta desses medos.<sup>14</sup> Assim, os pacientes também devem compreender que a um período de compreensão pode preceder outro de menor compreensão, já que as pessoas nem sempre reagem nem têm o mesmo comportamento no dia-a-dia.

Os terapeutas têm que fazer os doentes e a sua família compreenderem as expectativas a ter no processo entre a vida e a morte. Por exemplo, o doente precisa saber que por vezes irá ter períodos de recobro e de recuperação, permitindo levar uma vida mais aproximada do normal. Os familiares devem compreender que não existe problema algum com um relacionamento carinhoso para com o doente ou com a intimidade entre o casal.

A idéia principal é manter a informação aberta e o mais realista possível, para que não haja sobressaltos na vida dos pacientes, nem da sua família, e para que possam levar as suas expectativas e sonhos em frente.

Os pacientes têm que ser vistos como seres humanos perfeitamente normais durante a fase entre a vida e a morte. Tampouco irão ficar acamados logo após o diagnóstico clínico. Irão continuar a trabalhar, a brincar, a sair, a viajar e a fazer parte das atividades sociais comuns. Irão querer um relacionamento social verdadeiro e honesto. Na realidade, se tal não acontecer, apenas irá trazer agonia e uma percepção mais rápida da sua morte social. Isto não significa que deverão ser tratados como uns coitados, mas o seu estatuto como ser social que está prestes a morrer não retira a possibilidade de um relacionamento verdadeiro com os outros durante o tempo de vida que lhes resta.

A fase entre a vida e a morte deve ser literalmente tida em conta: o paciente continua a viver, embora numa reta final para a passagem.

---

<sup>14</sup> Por exemplo, sabe-se que doentes cancerosos por vezes comem em pratos de papel, ou outro material descartável, para evitar a contaminação dos talheres e de outros utensílios da cozinha.

## REAÇÕES PSÍQUICAS DO PACIENTE DIANTE DA ENFERMIDADE TERMINAL

Embora a forma de reagir diante de um acontecimento tão potencialmente devastador seja variável, pode-se considerar, de modo esquemático, que o paciente passará pelas fases tão bem estudadas e descritas por Elizabeth Kübler Ross.<sup>15</sup>

Nem todas as pessoas vivenciam todos os estádios, ou seguem a mesma ordem e, ainda, uma fase pode coincidir com a outra. Entretanto, o conhecimento das mesmas é útil para compreender as reações destes enfermos diante da agonia da morte, para ter uma resposta adequada a estas condutas que, às vezes, desconcertam familiares e profissionais e para poder lhes prestar uma ajuda adequada.

A maneira de reagir vai ser influenciada pela idade, classe social, cultura, crenças religiosas, rapidez de instalação do processo mórbido e pela personalidade do paciente. Estas fases são:

- **CHOQUE OU NEGAÇÃO:** Após o impacto psíquico da notícia, o habitual é a instalação de um mecanismo de negação da evidência. O paciente pode não sair desta fase ou empreender uma peregrinação de um médico a outro em busca de um diagnóstico diferente que confirme o erro do primeiro. Entretanto, na maioria dos casos, esta é uma fase transitória.
- **REVOLTA:** O paciente conhece a realidade, mas não a aceita. “Por que logo eu?”. Geralmente desloca sua raiva para os médicos ou para o sistema de saúde provocando situações incomodas e de tensão, às quais o médico pode reagir inadequadamente “em espelho”. Isto é imitando o comportamento do paciente.

<sup>15</sup> Elisabeth Kübler-Ross, médica, é a mulher que mudou a maneira como o mundo pensava sobre a morte e o morrer. Através de seus vários livros e muitos anos de trabalho com crianças, pacientes de AIDS e idosos portadores de doenças fatais, Kübler-Ross trouxe consolo e compreensão para milhões de pessoas que tentavam lidar com a própria morte ou com a de entes queridos. Hoje, enfrentando a perspectiva da morte aos setenta e um anos, essa médica internacionalmente famosa conta a história de sua vida e aprofunda sua verdade final: a morte não existe.

- **NEGOCIAÇÃO:** Trata-se de uma tentativa de negociar e adiar as más notícias, negociação com Deus, com os médicos, procurando de forma mágica escapar de uma realidade que lhe é insuportável.
- **DEPRESSÃO:** Quando os mecanismos anteriores fracassam, o enfermo pode cair em um quadro depressivo importante. Pode querer isolar-se, deixar de comunicar-se com os demais e tornar difícil a convivência com os familiares que procuram ajudá-lo. Podem também recusar o tratamento e não colaborar com o mesmo.
- **ACEITAÇÃO:** Ocorre quando o paciente assume a situação. A reação pode ser de fechar-se em si mesmo, evitando os familiares. Isso pode ser desconcertante e doloroso para os mesmos. Não compreendem o processo, sentem-se ofendidos ou irritados com tal comportamento.

O problema das reações adaptativas ou de má adaptação nos pacientes terminais pode ser focado segundo três pontos de vista: o do paciente, o da família e o do médico. Em relação ao paciente encontramos as seguintes manifestações psíquicas:

### Distúrbio da Má-Adaptação

Denomina-se assim ao desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais como resposta a um agente estressante psicossocial identificável. Pode apresentar-se na forma de um distúrbio de conduta, um quadro depressivo, de ansiedade ou misto, onde estão presentes: depressão com ansiedade; alterações emocionais e de comportamento. Segundo sua duração pode ser: aguda, se persiste por menos de seis meses; crônica, se dura mais tempo.

A personalidade prévia ou pregressa é muito importante e pauta a maneira como o doente reage à morte. As pessoas narcisistas, inseguras, autoritárias e com baixa tolerância às frustrações são mais inclinadas às reações de má-adaptação. O fato de o paciente ser crente ou ateu, ou não possa expressar seus temores, dúvidas e preocupações repercutem negativamente.

Victor Frankl, psiquiatra e psicólogo existencialista, diz parafraseando Freud: *Se queres suportar a vida, prepara-te para a morte.* E acrescenta: *A vida só tem sentido por sermos mortais.*

## Ansiedade Diante da Morte

Aparece, sobretudo nos adultos. É formada por vários componentes como:

1. Preocupação pelo impacto cognoscitivo e emocional do morrer e da morte.
2. Antecipação das alterações físicas, reais ou imaginárias, associadas às doenças graves e à morte.
3. Percepção da limitação do tempo.
4. Preocupação com o estresse e a dor que podem acompanhar a doença e a morte.

A ansiedade diante da morte é uma das formas básicas de ansiedade, seus componentes são: ansiedade de separação, de perda e de mudança. Não aumenta com a idade como se poderia pensar.

Por outro lado, existe um medo irracional e neurótico diante da morte que, geralmente não acompanha as situações de morte ou de ameaça real. Outras vezes, há uma atitude de não querer dar-se conta diante de situações evidentes de perigo. Isso não é raro entre os profissionais da saúde. Algumas vezes são os que têm maior nível cultural ou socioeconômico que apresentam as piores reações. Alguns autores relacionam esta ansiedade com o sentimento de aniquilação do ego e com o medo de ver-se diluído no “nada”.

A espécie humana é a única que sabe que vai morrer. Disso deriva a ansiedade e expectativa diante da morte e os temores que a acompanham. Medidas psicoterapêuticas de conforto e apoio servem de ajuda. Podem ser úteis técnicas de relaxamento e deve ser o próprio médico que atende o paciente o responsável por este apoio. Não é adequado encaminhar o paciente a um psiquiatra ou psicólogo embora se possa pedir orientação a estes profissionais.

## Alterações Psicóticas

Nos moribundos podem aparecer sintomas psicóticos nos dias que antecedem a morte, como uma forma de psicose exógena. São inespecíficas desde o ponto de vista sintomatológico e etiológico e não se encontra uma correlação clínica entre estas e a doença de base.

Estas reações podem ocorrer por uma conjunção entre fatores orgânicos e psicológicos: o próprio processo da morte, a doença somática e os tratamentos que estão sendo administrados.

Às vezes, quando isso ocorre tende-se a transferir o paciente para o psiquiatra, não é o mais correto embora este possa colaborar com um parecer. Foram descritos:

- **QUADROS MANIATIFORMES:** ânimo disfórico ou eufórico, idéias de grandeza, pensamento rápido, fuga de idéias, logorréia e distraibilidade.
- **QUADROS PARANÓIDES:** com atitude desconfiada e receosa, idéias de perseguição, prejuízo (pensam que querem prejudicá-lo, que confabulam contra ele, etc.). Isso transtorna muito o relacionamento do paciente com seus familiares.
- **QUADROS CATATONIFORMES:** com imobilidade psicomotora, ecolalia, negativismo e flexibilidade cêrea.

Tais quadros devem ser tratados com muita prudência, pois o paciente terminal tem pouca tolerância aos psicotrópicos.

Há ainda quadros de *dellirium*, ou seja, estados confuso-oníricos com alterações da orientação (temporo-espacial, auto e alo-psíquica) e da consciência; agitação, atividade onírica rica ou delirante, de conteúdo mais ou menos fúnebre. Esses sintomas costumam piorar ao cair da noite e comprometer as funções cognitivas (memória, percepção, orientação, linguagem, etc.).

O tratamento deve ser instituído principalmente nos casos de agitação psicomotora, procurando-se usar drogas com menos efeitos anticolinérgicos e com doses baixas. Algumas das medidas de ajuda adotadas podem incluir: manter o aposento tranqüilo e silencioso, deixar uma pequena lâmpada acesa durante a noite; manter um

parente a seu lado; exibir uma atitude serena e confortante; procurar orientá-lo indicando a data, o dia da semana, seu nome, o lugar onde está, fotos de familiares, etc. Deve-se vigiar para que o paciente não caia e não sofra lesões.

Quadros de depressão podem aparecer na 4ª fase da agonia ou em outros momentos da evolução. Os pacientes já não querem seguir vivendo. Além dos fatores psicológicos que são compreensíveis pode ser causada por fatores orgânicos da doença de base, pela medicação aplicada e pelo lugar (UTI, hospitais precários) em que se encontra.

Deve-se tentar tirar o paciente deste quadro porque sua melhora repercutirá em seu estado geral. Alguns pacientes com câncer que recebiam psicoterapia, além da quimioterapia viveram mais tempo que os que apenas faziam a quimioterapia. Os sentimentos afetam o sistema imunológico de forma grave deprimindo os linfócitos T.

Ainda são descritos na literatura os casos de comportamento suicida. De fato, o suicídio é uma manifestação que pode aparecer em qualquer quadro psíquico. Sabe-se que 90-95% dos suicidas apresentam quadros de depressão, alcoolismo, esquizofrenia ou crises de pânico. No paciente terminal essa conduta é causada pela depressão ou de forma fria e racional devida ao sentimento de incapacitação. O risco é maior:

- Nos homens;
- Nos socialmente isolados;
- Se a doença é acompanhada por dor;
- Nos casos de temor a deterioração física e mental;
- Se houve tentativas prévias;
- Na presença de distúrbios afetivos (depressão bipolar);
- Pessoas com problemas econômicos;
- Insônia rebelde;
- Estadas em hospitais;
- Personalidades impulsivas, intolerantes, narcisistas e inseguras.

É difícil estabelecer uma estatística para os casos de suicídio em enfermidades graves. Muitos ficam ocultos, seja porque os familiares vêem essa conduta como vergonhosa, seja porque se trata de um

suicídio passivo (a pessoa se nega a comer e a realizar o tratamento). Entretanto, não são tão freqüentes como seria de se esperar.

Relacionado ao suicídio está a controvérsia sobre o momento de desligar os aparelhos para os pacientes que deixam de responder aos estímulos; o direito a morrer, a morrer com dignidade, a decisão final, o suicídio racional e a eutanásia.

Existe ainda o chamado “testamento de vida” dirigido ao médico, hospital, família, advogado, padre, onde se indica que se não há lugar para esperanças razoáveis de recuperação física e/ ou mental pede-se para deixá-lo morrer; faz-se isso por temor à indignidade e à deterioração, a dependência e ao sofrimento inútil.

## APOIO À FAMÍLIA DO PACIENTE TERMINAL

Qual o significado da família neste processo? Em todos os estudos presentes na área da interação humana, a família é apresentada como o objeto principal, a “escola primária” da socialização. No decorrer desta vivência, evidenciam-se cada vez mais as suas influências no comportamento do indivíduo, e também nos casos particulares, tanto na saúde como na doença.

Família é designada como um sistema aberto. Isto é, um conjunto de elementos que interagem interdependentemente e funcionam como de uma unidade única se tratasse. Esta unidade caracteriza-se como aberta e dinâmica. Isto é, aberta significa que esta unidade tem a capacidade de receber e enviar informações ao exterior e interagir com tais informações. Por outro lado, dinâmica significa que o sistema se mantém sempre em movimento. Este movimento transporta um outro conceito subjacente, o conceito de *homeostasia*.

Homeostasia, por sua vez, refere-se à tendência de um sistema movimentar-se sempre para o equilíbrio e manter-se neste. De tal forma que um sistema perante uma situação anormal, ou seja, alguma mudança não esperada no funcionamento já implantado no sistema origina o designado desequilíbrio e é face a este estado anormal que o sistema movimenta-se, como dinâmico que é, no sentido de restabelecer novamente um estado de equilíbrio.

Quando esta família se depara com um paciente em fase terminal, um novo estado de equilíbrio tende a ser formado perante a nova informação. Esta transformação específica observa-se, tanto para o indivíduo como para a família, como estressora e tende a levar algum tempo para que todos os elementos familiares se adaptem à nova informação e interajam com os restantes familiares, tanto nas cognições e emoções como nos seus papéis.

Além disso, o indivíduo não só tem de lidar com o fato de perder um elemento significativo, como o sistema familiar, da forma pela qual ele o reconhece. Além do processo de *coping* à situação, o indivíduo tem de estar atento ao estado físico, psicológico e emocional do paciente em estado terminal. Este paciente, face ao diagnóstico, necessita agora cuidados redobrados.

É pela adaptação pessoal ao novo contexto (perda de um indivíduo significativo, necessidade de estratégias reforçadas de *coping* para enquadramento à situação, incerteza e desconhecimento de uma ocorrência a nível espaço-temporal, urgência de resoluções emocionais e afetivas com o paciente terminal pela escassez de tempo), pela adaptação familiar (mudança de papéis familiares, mudança da estrutura e dinâmica familiar (face à nova informação bem como à preparação de uma nova formação familiar sem o familiar terminal) e também pela adaptação ao paciente terminal (mudança de rotinas e hábitos para satisfazer as necessidades do paciente, auxiliar a manutenção da qualidade de vida ao paciente terminal) que o indivíduo se depara com situações ambivalentes.

A educação sobre a normalidade desta ambivalência (emoções positivas e emoções negativas) em ocasiões especiais pode ser muito terapêutico, pois leva o indivíduo a não negligenciar o lado positivo e a experienciar ambos, o que tornará os familiares capazes de tratar do paciente de uma forma mais realista e conseqüentemente com menos culpa e *self* reprovação.

A culpa é um dos fatores de desequilíbrio. Esta pode ser produzida por crenças de familiares como culpados da doença, fato este muito mais comum do que se imagina e se desenvolve por conta de expectativas irreais que se o indivíduo realmente amasse o paciente ele teria apenas focado atenção neste e tal doença não teria sucedido.

O membro da família que se sente culpado pensa, então, ter falhado na proteção ao paciente ou porque irá sobreviver mais do que este.

A culpa pode também acompanhar-se do reconhecimento da raiva e outros hostis sentimentos em direção ao paciente. A raiva, assim como a hostilidade, convive em situações de doença terminal e derivam da potencial morte, que ninguém tem controle originando impotência, frustração e desamparo gerado pelo contínuo processo.

Os indivíduos, face aos seus sentimentos de incapacidade de ajudar e de falta de controle, freqüentemente defendem-se com mecanismos de *coping* como: negação, isolamento de afetos, sublimação, repressão, deslocamento, projeção e introspecção (MADDISON & RAPHAEL, 1972).

Outra fonte de raiva é a insuficiência de preenchimento da dependência dos membros da família que origina o decréscimo das habilidades bem como o esvaziar emocional e econômico que vai ter um impacto frontal no estilo de vida padrão. Além disso, o paciente, pelo seu sentimento semelhante, contribui também para a agressão sentida pelos membros.

Perante todas estas alterações do estado de equilíbrio do sistema familiar, a própria família precisa estar consciente, além de tudo, de várias estratégias para uma adaptação saudável às varias dimensões influenciadas pelo sucedido, bem como saber obter momentos de isolamento e reflexão para organização pessoal.

Esta organização é pretendida e requerida, tanto em nível pessoal como familiar, pois são estes elementos familiares, como conjunto e indivíduos, que são promotores principais do bem-estar psicológico, paciente terminal. É por isso que os familiares necessitam de um tempo de “reciclagem” pessoal para organizarem-se cognitivamente e emocionalmente, de um tempo emocional e afetivo do paciente em estado terminal.

São estes familiares que se observam como a maior força para manter o “senso de identidade, valor próprio, integridade e significado” do de descanso e recuperação física e mental. Os familiares sentem-se muitas vezes culpados de não terem energias e tempo suficiente para todas as questões (hospital, crianças, casa, marido/esposa, parentes, paciente e o próprio indivíduo).

É quando, então, procuram reservas físicas, psicológicas e emocionais para alcançar todas as questões, deprimindo as suas necessidades. Um das muitas reservas são as relações sociais extra-familiares significativas, que se observam valiosas tanto para os familiares como para o paciente.

Inicialmente, a família deve continuar a manter as suas estruturas, necessidades e funções sociais, mantendo também sua identidade e começar a reconhecer a identidade e estrutura familiar sem o paciente terminal. Assim, segundo Fleck (1977) a família deve cuidar de necessidades físicas e psicológicas do paciente, porém, deve observar para que suas relações continuem no mesmo nível – nada de tratar o paciente como “coitadinho”.

Deve, ainda, ajudar o paciente a desenvolver habilidades interpessoais para se relacionar com outros, incentivando-o a exercer funções comunicativas, além de equipar os demais membros da família para que o paciente tenha sua dependência física, emocional e econômica de acordo com sua realidade e, acima de tudo, promover momentos de relaxamento e reconstituição de energia para funções sociais do paciente.

Em resumo, pode-se dizer que a função da família, nestes casos, é fazer com que a felicidade do paciente terminal seja uma realidade.

## HOSPICE: CUIDADOS PALIATIVOS E APOIO À FAMÍLIA

A morte é parte integrante e inevitável da própria vida, disso já sabemos. Uma boa qualidade de vida, portanto, deveria incluir a experiência da morte como algo absolutamente normal. No entanto, na maioria das nações tidas como civilizadas, a morte é sempre cercada de “conotações misteriosas” e se criam verdadeiros tabus em torno de sua realidade (MERVAL ROSA, 1984).

A Medicina, em sua busca incessante em favor da vida, deixa de lado práticas humanistas que podem dar todo um suporte para o paciente terminal e sua família. Não consegue e não pode evitar a morte, haja vista que somos, enquanto seres humanos, criaturas mortais. E por sermos criaturas mortais devemos cuidar para não

cairmos na obstinação pela luta da vida adiando o inevitável, que somente acrescenta sofrimento, e diminui qualidade de vida.

Portanto, é necessário dar condições nesse momento, para enfrentarmos realisticamente os limites de nossa mortalidade. A Medicina e todas as áreas envolvidas com a saúde devem ser orientadas para o alívio do sofrimento. Estar preocupado em cuidar da pessoa doente e não somente da doença da pessoa. A dignidade da pessoa, sob esta ótica, é a fundamentação da nossa reflexão a respeito dos cuidados paliativos.

Por “Cuidados Paliativos” entende-se a melhora da qualidade de vida dos indivíduos e familiares na presença de doenças terminais. Controle dos sofrimentos físico, emocional, espiritual e social são aspectos essenciais e orientadores do cuidado. Pode ser oferecido em instituições de saúde bem como na própria residência. Pode e deve ser oferecido aos indivíduos com doença terminal (desde seu diagnóstico até o momento da morte) e aos seus familiares (durante o curso da doença e em programas de enlutamento).

Inicialmente, os cuidados paliativos eram oferecidos aos indivíduos com câncer, entretanto, ao mesmo tempo em que esse tipo de cuidado ganhou prestígio, cresceu o interesse em oferecê-lo a indivíduos portadores de doenças que não o câncer em si, mas que também apresentam a idéia de terminalidade, cujo prognóstico é curto.

De acordo com o *The Hospice Information Service do St. Christopher's Hospice*, em Londres, existem mais de 7.000 *hospices* ou serviços de cuidados paliativos em mais de 90 países em todo o mundo. Na América Latina existem mais de 100 serviços de cuidados paliativos. No Brasil, apesar dos dados não serem oficiais, existem cerca de 30 serviços de cuidados paliativos.

O primeiro centro de atendimento com características humanistas, com a preocupação de encarar o “estar morrendo como um processo normal, enfatizando o controle de dor e dos sintomas, objetivando melhorar a qualidade de vida, antes mesmo que a alternativa de curar a doença ou entender a vida”, foi criado em 1967 por Cicely Saunders, médica inglesa e esses centros são denominados de *hospices* (PESSINI, 2000).

O objetivo do *hospice* é permitir aos pacientes e suas famílias viver cada dia de uma forma plena e confortável tanto quanto possível

e ajudar a lidar com o *stress* causado pela doença, pela morte e pela dor de perda.

Segundo Leo Pessini, os cuidados que mantêm o respeito à integridade da pessoa buscam garantir: 1) que o paciente seja mantido livre de dor tanto quanto possível, de modo que possa morrer confortavelmente e com dignidade; 2) que o paciente receberá continuidade de cuidados e não será abandonado ou sofrerá perda de sua identidade pessoal; 3) que o paciente terá tanto controle quanto for possível no que se refere a tomada de decisões (autonomia) a respeito de seu cuidado e lhe será dada a possibilidade de recusar qualquer intervenção tecnológica prolongadora da vida; 4) que o paciente será ouvido por uma pessoa, em seus medos, pensamentos, sentimentos, valores e esperanças; 5) que o paciente poderá escolher onde deseja morrer.

A relação de cada integrante da equipe de atendimento, (principalmente do médico e os demais membros da equipe de saúde) com este paciente adquire grande importância, pois o limite da possibilidade terapêutica não representa o fim da relação, mas sim a continuidade desta, de uma forma mais próxima, baseada no respeito à dignidade do outro.

Cuidar, paliativamente, passa a ser entendido, então, como um ato supremo de amor pela vida... mas respeitando-se a força da morte.



# ÉTICA DA VIDA

## UMA QUESTÃO DE VIDA E DE MORTE

De forma geral, pode-se afirmar que a postura ética permite a abertura e a troca no grupo, fazendo com que o indivíduo aprenda a pensar reflexivamente, sem julgar ou categorizar, assumindo o próprio caminho. Assim, olhar para o mundo depende certamente do grau de maturidade psicoemocional que cada um atingiu, que lhe permite trabalhar com as diferenças e os conflitos, como também com outras variáveis que estão contidas na história de vida de cada pessoa, tais como força do caráter, equilíbrio de vida interior e um bom grau de adaptação à realidade do mundo de forma complexa e plural, sendo, portanto, muito difícil chegar a um consenso ético sobre os valores que sedimentam o cuidar.

O termo *Bioética* apareceu pela primeira vez no início dos anos 70, aplicado por Van Rensselaer Potter. Para ele, a finalidade da Bioética é auxiliar a humanidade no sentido de participação racional, porém cautelosa no processo da evolução biológica e cultural. Neste sentido, Bioética pode ser entendida como a combinação de conhecimentos biológicos e valores humanos.

Segundo Goldim,<sup>16</sup> Van Rensselaer Potter tinha uma grande preocupação com a interação do problema ambiental às questões de saúde. Suas idéias baseavam-se nas propostas do Prof. Aldo Leopold,<sup>17</sup> especialmente na sua *Ética da Terra*.

A Bioética indica um conjunto de pesquisas e práticas pluridisciplinares, objetivando elucidar e refletir acerca das soluções para questões éticas provocadas principalmente pelo avanço das tecnociências biomédicas. O interesse pela análise deste tema se

16 José Roberto Goldim é Ph.D. em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. No Brasil, é uma das maiores autoridades sobre o tema Bioética. Mantém uma página na Internet sobre o tema, riquíssima em informações, disponível em <http://www.ufrgs.br/bioetica/>.

17 Aldo Leopold nasceu em Burlington, Iowa/EUA, em 11 de janeiro de 1887. Graduiu-se em Engenharia Florestal, pela Universidade de Yale. Concluiu seu mestrado em 1909, tendo ido trabalhar no Serviço Florestal dos Estados Unidos. No ano de 1933 assumiu a disciplina de Manejo de Caça na Universidade de Wisconsin/EUA, onde permaneceu até a sua morte (GOLDIM, 2006).

acelerou ainda mais, quando se decifrou o código genético humano, mostrando novos recursos de manipulação científica da natureza. O homem se viu diante de problemas imprevistos.

Desta forma, seu estudo vai além da área médica, abarcando Psicologia, Direito, Biologia, Antropologia, Sociologia, Ecologia, Teologia, Filosofia, entre outras ciências e áreas de estudo, observando as diversas culturas e valores. Esta pesquisa não tem fronteira, o que tende a dificultar uma definição mais apurada do termo em si, uma vez que os problemas são considerados sob vários prismas, na tentativa de harmonizar os melhores caminhos.

*Bio*, segundo Pessini e Barchifontaine,<sup>18</sup>

*[...] exige que levemos seriamente em conta as disciplinas e as implicações do conhecimento científico, de modo que possamos entender as questões, perceber o que está em jogo e aprender a avaliar possíveis conseqüências das descobertas e suas aplicações [...]*

A ética, por sua vez,

*É uma tentativa para se determinar os valores fundamentais pelos quais vivemos. Quando vista num contexto social, é uma tentativa de avaliar as ações pessoais e as ações dos outros de acordo com uma determinada metodologia ou certos valores básicos.*

A *Encyclopedia of Bioethics* define a bioética como um estudo sistemático da conduta humana no campo das ciências biológicas e da atenção de saúde, sendo esta conduta examinada à luz de valores e princípios morais, constituindo um conceito mais amplo que o da ética médica, tratando da vida do homem, da fauna e da flora.

Observa-se que a bioética se preocupa em estudar principalmente os dilemas éticos associados à pesquisa biológica e seu emprego na medicina. Trata, ainda, de temas polêmicos sobre a vida e seu encerramento, por meios naturais ou de forma induzida, como veremos a seguir.

<sup>18</sup> PESSINI, Leocir e BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Problemas atuais de bioética, 2.<sup>a</sup> edição, São Paulo, Loyola, 1994, p. 14.

## TEMAS POLÊMICOS SOBRE A MORTE E O MORRER

A descrição clássica de morte formulada por Hipócrates acha-se registrada no *De Morbis*, 2.º livro, parte 05: “testa enrugada, cercado de coloração escura, têmporas deprimidas, cavas e enrugadas, queixo franzido e endurecido, epiderme seca, lívida e plúmbea, pêlos das narinas e dos cílios cobertos por uma espécie de poeira de branco fosco, fisionomia nitidamente contornada e irreconhecível”<sup>19</sup>

Este conceito dependia quase sempre de uma parada cardíaca e/ou respiratória. Esta primeira descrição nos mostra um quadro de morte dita tranqüila, em que o morto, sua família e sociedade pouco fazem em sua despedida. O homem sabia que teria sua hora, e a sociedade pregava o sentimento de morrer. A sensação era que a morte representava o final da espécie, da própria natureza do homem, uma situação evolutiva normal. Existiria o momento de viver e o momento de morrer.<sup>20</sup>

O impacto psicológico do diagnóstico de uma doença grave atinge toda a unidade familiar, uma vez que o núcleo social primário do paciente sofrerá as implicações da situação da doença e as vicissitudes do tratamento.

A família merece um cuidado especial desde o instante da comunicação do diagnóstico, uma vez que esse momento tem um enorme impacto sobre os familiares, que vêem seu mundo desabar após a descoberta de que uma doença potencialmente fatal atingiu um dos seus membros. Isso faz com que, em muitas circunstâncias, suas necessidades psicológicas excedam as do paciente.

A morte, principalmente na civilização ocidental, sempre foi encarada com muita resistência. Apesar de ser ela uma realidade em nossa vida, estamos sempre tentando fugir. Para isso usamos os avanços tecnológicos para, a qualquer preço, prolongá-la. Pois ainda que a continuidade da vida, quando marcada por terríveis sofrimentos seja difícil, para o doente, familiares e profissionais e até onerosa para a sociedade, lutamos desesperadamente para, pelo menos, manter a pessoa viva.

19 SANVITO, W.L. Conceito de Morte Cerebral – Jornal da APM-SP– out/91.

20 PHILIPPE, A. Sobre a história da morte no ocidente desde a Idade Média. Lisboa: Artes Gráficas Ltda, 1988.

Em seu livro, *A tirania da sobrevivência*, o bioeticista Daniel Callahan, afirma que, “nenhum outro progresso tem sido tão espetacular na medicina como o domínio de sofisticadas tecnologias diagnósticas e terapêuticas”. Baseada nesta teoria, a educação dos médicos hoje, é orientada para o uso dessas tecnologias. A indústria as produz e os sistemas de saúde preocupam-se em utilizá-las e pagá-las. O sucesso médico dessas tecnologias é, em muitos casos, um verdadeiro milagre, fonte de orgulho profissional e de admiração pública.

E para muitas pessoas, a disponibilidade de toda essa tecnologia para consertar as marcas do “destino” é uma fonte de esperança, consolo e vida longa. Por outro lado, tais tecnologias aumentaram demasiadamente o custo da medicina e dos tratamentos de saúde. Elas provêm tratamento onde previamente não existia, e torna possível novas formas de reabilitação e extensão da vida. Assim, a tendência natural é avançar para tratamentos sempre mais sofisticados e custosos.

Todos estes recursos objetivam dar um fim mais digno ao paciente cuja terminalidade é indiscutível. Porém, segue-se inevitavelmente a interrogação: “O que significa ‘morte digna’, se precisamente a morte é o absoluto que se impõe como impossibilidade de toda a possibilidade?” A resposta é peremptória: “Tudo tem um preço porque é meio. O homem, porque é fim em si mesmo tem dignidade” (BORGES, 1996).

E é justamente essa dignidade que traz à tona discussões sobre condutas éticas quanto ao tempo de encerramento de tratamentos, desligamento de aparelhos, o simples “desistir” do paciente enquanto ser biológico, enquanto corpo físico.

Como seqüela inevitável do avanço científico e tecnológico, verifica-se que existe pouco espaço na vida moderna para pensar na morte. Também, os profissionais de saúde, sentindo-se impotentes perante a última e decisiva crise existencial pela qual passa o doente, protegem-se, restringindo a sua ação aos cuidados meramente físicos. Quando o doente tem maior probabilidade de morrer, estes profissionais tendem a omitir o assunto *morte* e a supervalorizar as tarefas essencialmente técnicas; e, quando essa probabilidade se apresenta em situações de emergência, mobilizam todos os esforços, expressando no final o sentimento do dever cumprido.

Para o profissional de saúde a morte é um inimigo, daí a contínua luta para conservar a vida. Mas, também seria lamentável, a rendição incondicional destes profissionais ao poder da doença. Hoje, as possibilidades técnicas são tão grandes, que permitem prolongar a vida durante dias, meses e, inclusivamente, anos. O que acontece é que, muitas vezes, o prolongar da vida prolonga também o seu sofrimento, deixando de ser uma vida humana passando a ser uma vida artificial, o que leva a reduzir o organismo a um mecanismo que não continua a viver, mas sim a funcionar.

Quando se pensa em encerramento da vida, a palavra que nos chega imediatamente ao pensamento é “eutanásia”, no entanto diversos outros vocábulos já fazem parte desta realidade, tais como distanásia, ortotonásia e mistanásia. Essa variação de formas e definições tem feito surgir problemas conceituais, ao invés de auxiliar seu entendimento (GOLDIM, 2006).

O termo Eutanásia vem do grego e pode ser traduzido como “boa morte” ou “morte apropriada”. Em Medicina, eutanásia significa proporcionar ou acelerar a morte de um ser humano para pôr fim ao sofrimento de alguém atingido por doença dolorosa e incurável.

A discussão sobre o tema atravessa os séculos. Conforme Goldim (2006), práticas similares à eutanásia eram comuns em certos povos da Antigüidade. Os celtas, por exemplo, tinham o hábito de permitir que os filhos matassem seus pais quando estes estivessem velhos e doentes. Na Índia, os doentes incuráveis eram levados até a beira do rio Ganges, tendo então suas narinas e a boca obstruídas com barro. Em seguida, eram jogados ao rio para que, enfim, morressem.

Na Grécia antiga, mesmo os filósofos mais célebres, como Platão, Sócrates e Epicuro, não se excluíram do tema e, de fato, acreditavam que o sofrimento resultante de uma doença dolorosa justificava o suicídio. Aristóteles, Pitágoras e Hipócrates, por sua vez, ao contrário dos pensadores citados anteriormente, condenavam a eutanásia e o suicídio assistido.

A idéia de finitude nos deixa em constante ansiedade, o que resulta muitas vezes na negação e não aceitação do que é certo. A imortalidade é o maior sonho do homem. Toda essa evolução da tecnologia aplicada na medicina tem como objetivo a realização deste sonho. O momento que pode ser precedido de sofrimento prolongado é

muito polêmico por ter várias interpretações do ponto de vista ontológico e filosófico. É sobre a libertação do sofrimento da vida que nos leva a refletir sobre eutanásia, distanásia e ortotanásia. A bioética e as crenças religiosas são essenciais para a humanidade quanto à escolha e aplicação destas finalizações.

Eutanásia é a ação deliberada de causar ou apressar a morte do doente. Essa ação pode ocorrer das seguintes maneiras:

- Decisão médica de administrar uma injeção letal no doente, com ou sem consentimento.
- Decisão médica de não dar a assistência médica básica ou o tratamento médico padrão. Por exemplo, não dar a uma pessoa deficiente a mesma assistência que é dada a uma outra que é *normal*.
- Decisão médica de dar ao doente uma droga ou outro meio que o ajude a cometer suicídio. Nessa situação específica, quem realiza o ato letal não é o médico, mas o próprio paciente. O médico apenas fornece os meios.

Atualmente, entre os grupos religiosos e os setores mais conservadores da sociedade, a eutanásia é simplesmente uma forma de matar. Para os grupos pró-eutanásia, no entanto, aqueles que são contra a eutanásia não consideram os motivos de quem comete o ato ou de quem aceita submeter-se à eutanásia. Percebe-se, assim, um conflito ideológico e cultural bastante acirrado.

Segundo Goldim, há dois elementos considerados básicos quando se tenta caracterizar a eutanásia: a intenção e o efeito da ação. A intenção de realizar a eutanásia pode gerar uma ação (eutanásia ativa) ou uma omissão, isto é, a não realização de uma ação que teria indicação terapêutica naquela circunstância (eutanásia passiva). Para o Professor Goldim, do ponto de vista da ética não há diferença entre ambas.

Relata ainda que:

*A tradição hipocrática tem acarretado que os médicos e outros profissionais de saúde se dediquem a proteger e preservar a vida. Se a eutanásia for aceita como um ato*

*médico, os médicos e outros profissionais terão também a tarefa de causar a morte. A participação na eutanásia não somente alterará o objetivo da atenção à saúde, como poderá influenciar, negativamente, a confiança para com o profissional, por parte dos pacientes.*

Diante da polêmica sobre o assunto em nível mundial, a Associação Mundial de Medicina, desde 1987, na Declaração de Madrid, passou a considerar a eutanásia como um procedimento eticamente inadequado.

Distanásia é a atitude médica que visa salvar a vida do paciente terminal submetendo-o a tratamento fútil, insistente, desnecessário e prolongado causando grandes sofrimentos. Na Europa, fala-se em “obstinação terapêutica”, nos EUA, “futilidade médica”. Ocorre prática da distanásia devido a fatores familiares (herança), fatores políticos (como chefes de governo) ou outros, sem respeitar a dignidade humana. No Brasil, assim como em outros países, conhecemos seu emprego nas unidades de terapia intensiva. A quem interessa este tipo de conduta? Certamente, não é ao paciente que na maioria morre nos hospitais, na frieza dos cuidados intensivos não mais necessários à reversão da patologia.

Ortotanásia significa “morte no tempo certo”, sem prolongamentos desproporcionados do processo de morrer. Consiste na aceitação de que a vida tem um fim e que a morte é um fenômeno natural.

Quanto ao aspecto ético, fica claro que o médico não tem o direito de contribuir para a morte do paciente, conduta que é contrária a sua formação moral e seu compromisso profissional. Concluimos ser a eutanásia um procedimento contrário à doutrina hipocrática. A capacidade científica e ética do médico será essencial na questão da distanásia. Trata-se de um comportamento ilícito e antiético. A ortotanásia é a atitude mais aceita e compreendida pela sociedade e traduz a morte mais humana.

Na atualidade, pouco ou nada se fala de mistanásia, ou morte miserável, infeliz ou antes da hora. Entre as inúmeras vítimas da mistanásia estão os pobres que, por exclusão social e econômica, não

têm acesso ao essencial para a sobrevivência, aos cuidados de saúde, levam vida sofrida e morrem prematuramente.

Dá-se destaque, não sem motivo, à morte de um jogador de futebol vítima de colapso cardíaco em pleno jogo, transmitido pela televisão. Quantos outros morrem ignorados pela sociedade, vítimas de injustiças que a própria sociedade engendrou e teima em não corrigir. Outros morrem miseráveis, infelizes (ou antes da hora), vítimas de serviços de saúde mal equipados, mal localizados, carentes de profissionais preparados ou com escassa sensibilidade pelo sofrimento e carência de pessoas a quem deveriam servir.

É essencial dar qualidade à vida terminal, através da ressocialização da morte, dos cuidados paliativos e da terapia de acompanhamento. Na ressocialização o paciente quer nos hospitais ou no seu lar, morre envolvido no amor dos seus familiares. Os cuidados paliativos constituem uma obrigação na assistência aos pacientes terminais. O acompanhamento pelos profissionais de saúde promove confiança e aceitação serena da morte.

Sobre estas atitudes devemos refletir para não fugir dos objetivos da Medicina e dos preceitos religiosos de cada pessoa. Nas escolas de saúde, os estudantes são ensinados sobre o nascimento, doenças e condutas terapêuticas, porém, não os educam sobre a morte, o que os deixa despreparados para uma fatalidade comum na vida do profissional de saúde.

Morrer com dignidade é ser respeitado como ser humano pleno de corpo, alma e espírito. Se tivermos dificuldades na compreensão do direito de morrer de forma digna, é apenas necessário lembrar-nos que para nós a morte também faz parte da vida.

Eutanásia, suicídio assistido, distanásia, ortotanásia, mistanásia, morrer em paz e com dignidade são conceitos que demandam explicitação e reflexão. Urge, neste novo século e milênio, a abertura de espaços públicos para a discussão destes pontos.

## O FIM... OU UM NOVO COMEÇO?

De maneira geral, as indagações sobre a morte, ou o fim da vida, em diversos tempos e lugares, são questões reais, isto é, existem objetivamente e são interpretadas de diferentes formas pelas organizações sociais. A morte é uma presença inegável na vida e a única certeza da vida é a morte. A morte está integrada na rotina da vida:

A morte apresentada de diferentes modos sempre esteve presente em nossas vidas, mas nem sempre foi inserida como objeto de reflexão. Em minha formação educacional, não havia meios que pudessem auxiliar nessa questão. Não estou me referindo à morte, simplesmente, como objeto de conhecimento, mas, em nossa herança cultural do Ocidente, em nossa educação, não somos preparados para melhor compreender e enfrentar questões relacionadas com a morte.

Não existe uma forma universal de morrer, nem de pensar, sofrer e enfrentar a morte que seja igual em todas as épocas e em todas as partes. Pode-se dizer que sempre que se encontra um homem em frente à morte, esse homem e essa morte são diferentes. Viver é morrer um pouco a cada dia... você está vivo?

### HOJE É UM BOM DIA PARA MORRER

Você tem coragem de repetir esta afirmação ao acordar?

Se pensássemos no significado de cada uma dessas palavras, com certeza, teríamos oportunidade de entrar profundamente em nosso ser, em nosso “eu” mais íntimo, naquela conversa face a face com o espelho da qual fugimos durante toda a nossa vida. Afinal, nos acostumamos a pensar na morte como fim desta existência e não me refiro aqui à continuidade da vida pós-morte; falo da morte diária, cotidiana, presente no dia-a-dia de cada ser vivente.

Diariamente, a cada minuto que passa, nos aproximamos mais da morte biológica. Isso é fato. Mas será que pensamos ou nos preocupamos, um dia que seja, em aprender a morrer?

A vida é um treino para a morte. O conceito tão difundido pelas tradições xamânicas de morte e renascimento trata das pequenas mortes diárias que nos ensinam e nos preparam para a grande morte. Como viveremos após a grande morte dependerá de nossas pequenas mortes. A reação de cada um de nós diante da grande morte terá sintonia direta com o conhecimento que tivemos em vida de quem somos, o que viemos fazer, qual a nossa missão de alma.

Você já parou para pensar sobre estas questões? “Como posso mergulhar no meu mais profundo ‘eu’ se não morrer um pouco?”; “Que vida terei vivido se em nenhum momento me perguntei: estou disposto a admitir outras possibilidades além das que tenho?”; “Estou aberto a novos conceitos?”; “Aceito o que está ‘pronto’ inquestionavelmente?”; “Acredito no que dizem ser a verdade?”

Para evoluirmos intelectualmente, emocionalmente, espiritualmente, precisamos morrer para o velho, para o que não nos agrada, para o que nos faz reféns de paradigmas incompatíveis com nossos anseios internos. Como nos desprenderemos para o grande vôo da morte se ainda tivermos em nossos ombros a carga dos apegos, dos projetos não concluídos, dos amores não vividos, das viagens não realizadas... Como iniciaremos uma nova etapa da nossa existência se não buscarmos dentro de nós a mais pura essência, se não vivermos a realidade compatível com a nossa programação de alma? Se passarmos a vida presos a convenções, se não tivermos coragem de romper com valores aceitos unanimemente?

Esse não é um trabalho fácil; é um processo de auto-enfrentamento onde precisamos vencer o medo de não sermos aceitos, de ficarmos sozinhos; é preciso morrer diariamente, matar dentro de nós tudo aquilo que nos desagrada e que nos escraviza a crenças e convenções. Precisamos renascer para a realidade que está impressa em nós e que é única para cada um e ter coragem para aceitar a responsabilidade de tomarmos em nossas mãos o controle das nossas vidas.

Antes de dormir faça um inventário do seu dia. Transforme isso em hábito e todas as noites faça um balanço do seu dia. O ciclo do renascimento deve ser diário, a cada dia morrer para o antigo e renascer para novos conhecimentos e novas experiências. Portanto, morra um pouco hoje e viva para sempre.

## HÁ UMA LUZ NO FIM DO TÚNEL?

Fenômenos estranhos ocorrem quando existem focos de anóxia cerebral. Mas, afinal, o que é isto e o que acontece? Todas as vezes que a circulação cerebral está comprometida apresentam-se alucinações, pequenas estrelas cintilantes visíveis em todos os campos visuais. Assim relatam as pessoas portadoras de enxaqueca. Todas as vezes que as crises vão eclodir, a primeira manifestação é exatamente a presença destes escotomas cintilantes. São luzes tão brilhantes que ofuscam a visão.

Existem relatos de pessoas que vivenciaram situações muito críticas, tais como paradas cardíacas, e que com os métodos modernos utilizados pela medicina atual, conseguiram ressuscitar. Os relatos de várias pessoas que viveram o mesmo drama sempre são coincidentes. Dizem que inicialmente escutam um ruído muito agudo e prolongado, depois passam por um túnel muito escuro e, finalmente, este desaparece e o ruído cessa. Neste momento surge uma luz como se fosse um sol, cujo brilho é ofuscante.

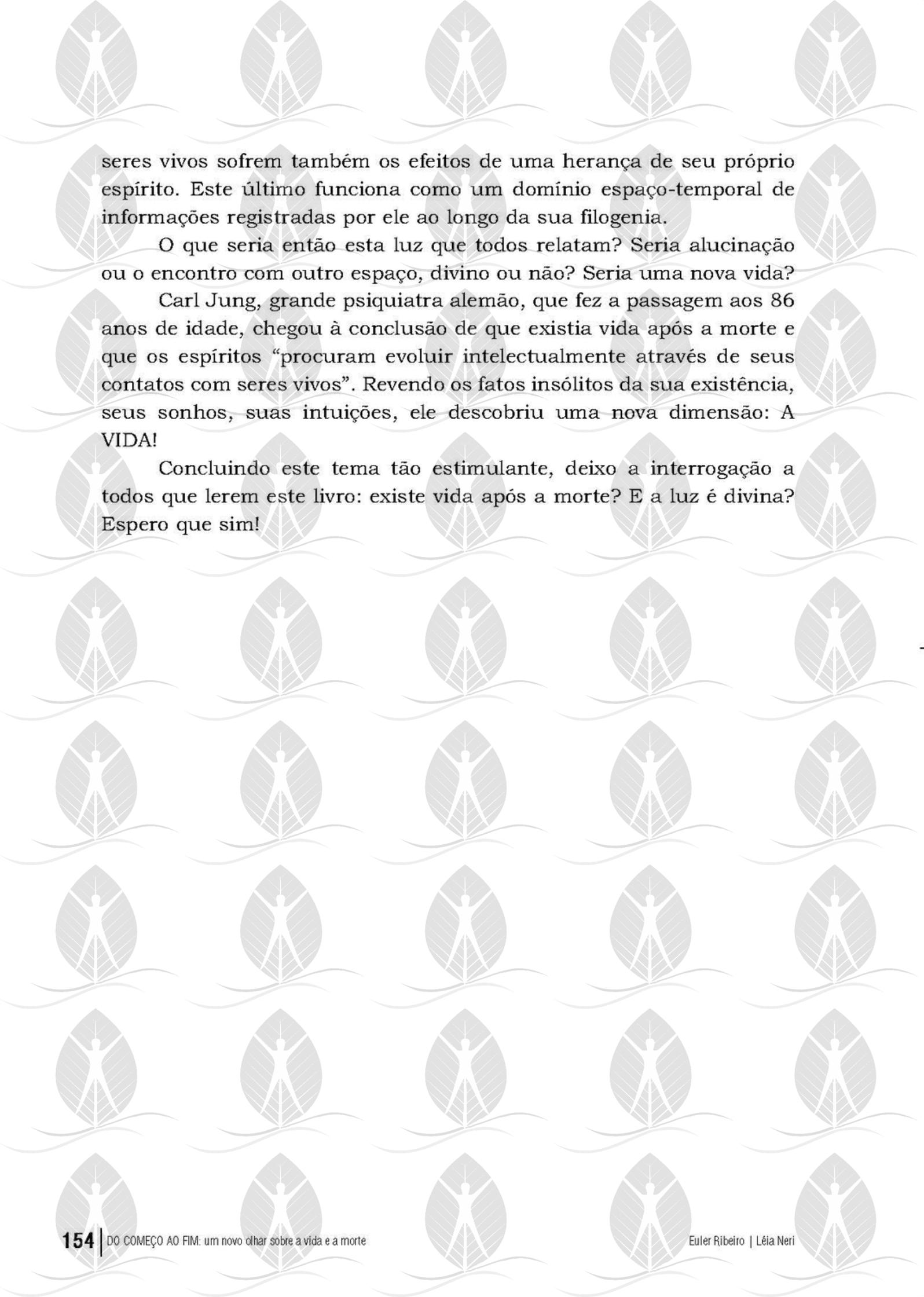
Contudo, a ciência oficialmente ainda não se manifestou a respeito destes fenômenos todos. Mas cientistas e pesquisadores médicos dizem que neste estado de quase morte (EQM)<sup>21</sup> existem evidências favoráveis à tese de sobrevivência da personalidade à morte do corpo físico. Logo, estas manifestações são decorrentes da anóxia cerebral pela privação do fornecimento do sangue ao cérebro.

Já os espiritualistas dizem que as visões do leito de morte, tão amplamente divulgadas ultimamente, tais como experiências fora do corpo, casos sugestivos de reencarnação e luzes ofuscantes, são próprias de uma passagem para outro estágio da vida. E que a luz seria o encontro com a divindade.

Acreditamos que há perspectivas de aceitação, por parte da ciência oficial, da tese defendida pelos espiritualistas, ou seja, todo o ser vivo possui um decorrer desse fato. Além de herança genética, os

---

21 Nas Experiências de Quase Morte (EQM) parece haver uma seqüência dos seguintes fatos: sensação de paz, impressão de flutuar acima do próprio corpo, percebendo pessoas ao seu redor, visão panorâmica, ampliação de certas percepções, logo depois a sensação de entrar por um túnel (efeito-túnel), percebe-se a presença do que a maior parte chama de "ser de luz" - referência variável, que dependerá dos arquétipos religiosos, culturais ou filosóficos da pessoa. A fronteira entre as duas dimensões é também o limiar entre a vida e a morte: normalmente um marco. Estas são as descrições mais características das EQM.



seres vivos sofrem também os efeitos de uma herança de seu próprio espírito. Este último funciona como um domínio espaço-temporal de informações registradas por ele ao longo da sua filogenia.

O que seria então esta luz que todos relatam? Seria alucinação ou o encontro com outro espaço, divino ou não? Seria uma nova vida?

Carl Jung, grande psiquiatra alemão, que fez a passagem aos 86 anos de idade, chegou à conclusão de que existia vida após a morte e que os espíritos “procuram evoluir intelectualmente através de seus contatos com seres vivos”. Revendo os fatos insólitos da sua existência, seus sonhos, suas intuições, ele descobriu uma nova dimensão: A VIDA!

Concluindo este tema tão estimulante, deixo a interrogação a todos que lerem este livro: existe vida após a morte? E a luz é divina? Espero que sim!

## REFERÊNCIAS

ARIÈS, P. *História da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

BALDISSEROTTO, J.; PADILHA, D. M. P.; SOLL, L.; BERCHT, S. & PETRY, P. Odontogeriatrics na universidade: Para não perder tempo. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, 39:14-16, 1998.

BALLONE, G.J. *Lidando com a Morte*. In: PsiquWeb Psiquiatria Geral, Internet, 2002. Disponível em <<http://sites.uol.com.br/gballone/voce/postrauma.html>>.

BENATAR S. Imperialism, research ethics and global health, *J Med Ethics* 1998;24(4):221-222.

BESSA, H.A. *A morte e o morrer*. In: D'Assumpção, E.A.; D'ASSUMPCÃO, G.H.; BESSA, H.A. (ed): *Morte e suicídio: uma abordagem multidisciplinar*. Petrópolis: Vozes, 1984; 13-25.

BOWLBY, J. Processes of mourning. *International Journal of Psychoanalysis*. 42: 317-340, 1961.

BOWLBY, J. *Apego e Perda*. Vol. III. Perda – Tristeza e Depressão. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

BROMBERG, Maria Helena P.F. *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. São Paulo: Editorial Psy II, 1994.

BUCKMAN R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *British Medical Journal*. 1984; 288:1597-1599.

BUCKMAN R. *How to break bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1992.

CAMPBELL AV. Bioética Global: sonho ou pesadelo? *O Mundo da Saúde*. 1998;22(6):366-369.

CHEVALIER, Jean e GHEERBRANT, Alain. *Dicionário de símbolos: mitos, sonhos, costumes, gestos, formas, figuras, cores, números*. Tradução de Vera da Costa e Silva, R. de Sá Barbosa, A. Melim e L. Melim. Rio de Janeiro: Editora José Olímpio Ltda, 2002.

CÍCERO, Marcus Tullius. *Saber envelhecer: seguido de "A Amizade"*. Coleção L&PM Pocket, Vol. 63. Trad. Paulo Neves. Porto Alegre: L&PM, 2002.

CLAYDON, V.E.; HAINSWORTH, R. Cerebral autoregulation during orthostatic stress in healthy controls and in patients with posturally related syncope. *Clin Auton Res.* 13:321-329, 2003.

CLAYDON, VE; HAINSWORTH, R. Salt supplementation improves orthostatic cerebral and peripheral vascular control in patients with syncope. *Hypertension.* Apr;43:809-13, 2004.

COHEN C, MARCOLINO JAM. Relação médico-paciente: autonomia e paternalismo. In: SEGRE, M.; COHEN, C. *Bioética*. São Paulo: EDUSP,1995: 51-62.

COLLINS, G.R. *Aconselhamento Cristão*. São Paulo: Vida Nova, 1990

COLÓN KM. Bearing the bad news. *Minnesota Medicine* 1995; 78:10-14.

CORR, CA; NABE, CM; CORR, DM. *Death and Dying, Life and Living*. 2<sup>nd</sup> ed., Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company, 1997.

CUNHA, UG; COSTA, IL; FARIA, GO; CARNEIRO JUNIOR, CG. Orthostatic hypotension in elderly inpatients. *Arq Bras Cardiol.* 1 56:39-42, 1991.

D'ASSUMPÇÃO, E.A. *Aspectos culturais e psicológicos da morte*. In: D'Assunção EA, D'Assunção GH, Bessa HA (ed): *Morte e suicídio: uma abordagem multidisciplinar*. Petrópolis, Vozes, 1984; 29-47.

DRIVER, R., & EASLEY, J. Pupils and paradigms: a review of literature related to concept development in adolescent science students. *Studies in Sci. Educ.*, 5, 61-84, 1978.

ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001, 107 p.

ENGSTROM, H.; ADES, H.W.; ENGSTROM, B. *et al*. Structural changes in the vestibular epithelia in elderly monkeys and humans. *Adv Otorhinolaryngol*; 22: 93-110, 1977.

FALLOWFIELD L. *Giving sad and bad news*. *Lancet* 1993; 341:476-8.

FREITAS, N. K. *Luto materno e psicoterapia breve*. São Paulo: Summus Editorial, 2000.

FREUD, S. *Obras psicológicas completas*: Edição Standard Brasileira. 23 volumes. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

FREUD, Sigmund. *Luto e Melancolia*. Edição Standard Brasileira das

Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1914-1916.

GOLDIM, José Roberto. *Bioética*. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/>>. Acesso em 8-29 ago 2006.

GOTAY CC. *Models of terminal care: review of the research literature*. J Integrative Med 1993;6(3):131-41.

GRAWITZ, M. *Méthode des sciences sociales*. Paris: Dalloz, 2000.

GREAVES, C. C. Death in the family: a multifamily therapy approach. *International Family Physician*, 33, 185-190, 1983.

GRINBERG, L. *Culpa e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores, 2000.

GUTIERREZ, Pilar L. O que é o paciente terminal?. Passo Fundo:RS, *Rev Ass Med Brasil* 2001; 47(2): 85-109.

HAYFLICK, L. *How and Why We Age*, New York: Ballantine, 1994.

HEAVILIN, Marilyn Willett. *Rosas em Dezembro*. São Paulo: Candeia, 1993.

JORGE, M.A.C. *Discurso e liame social: apontamentos sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos*. In: Saber, verdade e gozo: leituras de O Seminário, livro 17 de Jacques Lacan. Org. Rinaldi, D. e Jorge, M.A.C. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

KALISH, R.; REYNOLDS, D. *Death and ethnicity: a psycho-cultural study*. Los Angeles: University of Southern California Press, 1976.

KAPLAN, H. I., & SADOCK, B. J. *Pocket handbook of clinical psychiatry*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.

KASTENBAUM, R. e AISENBERG, R. *Psicologia da morte*. São Paulo: Editora da USP 1983.

KATZ, Paul R. (eds). *Geriatría Prática*. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

KOVÁCS M.J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KOVÁCS, M.J. *Morrer com dignidade*. In: CARVALHO, M.M.J., organizador. *Introdução à psicooncologia*. São Paulo: Editorial Psy, 1994: 263-75.

KOVÁCS, Maria Julia. *Morte e Desenvolvimento Humano*. 2ª ed. Casa do Psicólogo, São Paulo, 1998.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. *Sobre a morte e o morrer*. 8ª edição. Martins Fontes, São Paulo, 1997.

KUSHNER, H. *Quando tudo não é o bastante*. São Paulo: Nobel, 1983.

LINDEMANN, E. *Symptomatology and management of acute grief*. Centenary Meeting of the American Psychiatric Association (1994, Philadelphia, Pa). *American Journal of Psychiatry* 151(6, Suppl): 155-160, 1994.

LUCCHESI, Fernando. *Pílulas para Prolongar a Vida*. Coleção L&PM. Porto Alegre: Pocket/Saúde Ed. 2001.

LURKER, Manfred. *Dicionário da Simbologia*. Tradução de Mario Kraus e Vera Barkow. São Paulo: Editora Martins Fontes. 1997.

MAGUIRE P, FAULKNER A. Communicate with cancer patients: Handling bad news and difficult questions. *BMJ* 1988; 297:907-909.

MANNONI, Maud. *O nomeável e o inominável*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

MARANHÃO, José Luiz de Souza. *O que é a morte*. São Paulo: Brasiliense, 1998.

MENDES, W. *Home care: uma modalidade de assistência à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/UNATI, 2001. 112p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa de Humanização da Assistência Hospitalar*. Disponível em <<http://w3.saude.gov.br/mweb/dsra/homehuman.htm>> . Acesso em 3 set 2006.

MIRANDA J. Brody RV. Communicating bad news. *Western Journal of Medicine* 1992;156(1):83-85.

MIRCEA, Eliade. *The Encyclopedia of Religion*. New York: Collier Macmillan, 1987.

OKIN, D. What to tell cancer patients: a study of medical attitudes. *JAMA* 1961; 175: 1.120-5.

PESSINI L, BARCHIFONTAINE CP. *Problemas atuais de bioética*. São Paulo: Loyola, 1994.

PIERRE, C. *A arte de viver e morrer*. São Paulo: Ateliê Editorial, 1998.

POTTER VR. *Palestra apresentada em vídeo no IV Congresso Mundial de Bioética. Tóquio/Japão: 4 a 7 de novembro de 1998*. Texto publicado em *O Mundo da Saúde* 1998;22(6):370-374.

PTACEK JT, EBERHARDT TL. Breaking bad news – a review of the literature. *JAMA* 1996; 276(16):496-502.

QUILL, T.E.; TOWNSEND, R.N. Bad news: delivery, dialogue, and dilemmas. *Arch Intern Med* 1991;151:463-8.

RANDO, T.A. *Grief, Dying and Death: Clinical Interventions for Caregivers*. Champaign: Research Press Company, 1984.

RAY, C.A.; MONAHAN, K.D. *Aging attenuates the vestibulosympathetic reflex in humans*. *Circulation*. Feb 26;105(8):956-61, 2002.

REIS, João José. *A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX/ João José Reis*. – São Paulo: Cia das Letras, 1991.

RIBEIRO, Euler. *Viver 100 anos: dicas para envelhecer com sucesso*. Manaus: Editora do Governo do Estado do Amazonas, 2005.

SAUNDERS, C. *Caring the end nursing*. London: Mirror; 1980.

SAUNDERS, C. *Hospice and palliative care: an interdisciplinary approach*. London: Edward Arnold, 1991.

SEGRE, M.; COHEN, C. (org.) *Bioética*. São Paulo: EDUSP, 1995.

SILVA, Kittim. *De Pastor a Pastor: Como melhorar seu ministério pastoral*. São Paulo: Vida, 1997.

STEDFORD, A. *Encarando a morte*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.

WEISMAN AD. Psychosocial considerations in terminal care. In: SCHOENBERG B, CARR A, PERETZ D. *Psychosocial aspects of terminal care*. New York: Columbia University Press, 1972.

ZADHAFT, S. *Morte e formação médica*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1990.

ZIEGLER J. *Os vivos e a morte*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.



---

Esta obra foi composta em Manaus pela  
KintawDesign, em Bookman Old Style  
10/14 e impressa em setembro de 2007.



## AVISO

A disponibilização (gratuita) deste acervo, tem por objetivo preservar a memória e difundir a cultura do Estado do Amazonas. O uso destes documentos é apenas para uso privado (pessoal), sendo vetada a sua venda, reprodução ou cópia não autorizada. (Lei de Direitos Autorais - [Lei nº 9.610/98](#)). Lembramos, que este material pertence aos acervos das bibliotecas que compõem a rede de bibliotecas públicas do Estado do Amazonas.

EMAIL: [ACERVODIGITALSEC@GMAIL.COM](mailto:ACERVODIGITALSEC@GMAIL.COM)



Secretaria de  
**Estado de Cultura**



CENTRO CULTURAL DOS  
POVOS DA AMAZÔNIA