

JOÃO BATISTA ALVES DE OLIVEIRA

O Idoso Coloca a Morte em Cena: Reflexões
Sobre a Prática Médica Sob a Perspectiva da
Reumanização da Morte nos Cuidados Paliativos

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

JOÃO BATISTA ALVES DE OLIVEIRA

O Idoso Coloca a Morte em Cena: Reflexões
Sobre a Prática Médica Sob a Perspectiva da
Reumanização da Morte nos Cuidados Paliativos

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para a obtenção do título de mestre em Gerontologia, sob orientação da Profa Dra. Ruth Gelehrter da Costa Lopes.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

2006

BANCA EXAMINADORA

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos fotocopiadores ou eletrônicos.

Assinatura: _____

Local: _____ Data: _____

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a todo aquele que, na fase final da vida sente a necessidade de um médico fazendo-se próximo. Homens e mulheres que sabem que sua morte não será impedida, mas estarão reconfortados porque se sentirão acompanhados.

E também o dedico a todo médico que se faz próximo àquele na fase final da vida. O médico que não evita a morte, mas retoma a essência da medicina – o cuidar.

AGRADECIMENTOS

- À dra Ruth Gelehrter da Costa Lopes, pelos ensinamentos no Programa de Gerontologia e cumplicidade na elaboração da dissertação.
- Ao dr Leo Pessini (Padre Leo), por fazer parte da Banca de Qualificação, contribuindo assim para que a dissertação se pautasse na retomada dos caminhos humanos e éticos da medicina, num sentido maior para o cuidado humanitário da vida.
- À dra Silvana Tótora, por fazer parte da Banca de Qualificação, revivendo seu passado na escola médica, trazendo à dissertação um olhar íntimo sobre o fazer-se próximo e o cuidar.
- À Manoela, secretária do Programa de Gerontologia, pelo carisma, pela simplicidade e acolhida.
- Aos que sempre estiveram e estarão no coração, e que por longos caminhos me acompanharam e, mais que isso, se esforçaram por mim.
- À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Profissionais de Ensino Superior) pelo apoio financeiro.

RESUMO

Esta dissertação traz uma revisão bibliográfica sobre a morte, porém não puramente compilação de citações, mas, sobretudo, nova leitura humanizada do tema, em tom mitológico, filosófico e poético.

Mais que texto acadêmico, pretende ser reflexivo e contribuinte para a humanização da morte, fato tão desfeito desde há séculos, e por vezes puramente técnico e mecanicista na atualidade.

Reafirma não somente a finitude humana como nossa característica mais constitutiva, mas também a importância do médico humanizar seu atendimento, tendo como base a filosofia dos Cuidados Paliativos, especialmente na velhice, que pode ser a fase em que os pacientes em processo de morte mais necessitem do cuidar.

Não visa criar regras, rótulos, estipular condutas, mas uma conscientização da importância do médico fazer-se próximo, buscando a reumanização da morte.

Palavras chave: Morte; Cuidados Paliativos; Humanização; Idoso.

ABSTRACT

This dissertation brings a bibliographical review about death, but it is not a mere compilation of facts, but above all it hands a new humanistic version regarding this theme, by means of mythological, philosophical and poetical approach.

Much more than an academic text, it intends to be thoughtful and contribute towards the humanization of death, which has been left aside for centuries and many times, nowadays, dealt with so mechanical and technically.

It not only restates the finite human thing like our most constituent characteristic, but also the importance doctors should pay towards humanizing the treatment, having based on the Palliative Care philosophy, especially at old age for it is the phase in which patients in dying process i.e. facing death most demand care.

It does not claim the creation of rules, labels, nor stipulates conduct, but creates some awareness of the importance to doctors becoming closer to patients, making it possible the re-humanization of death.

Key words: Death; Palliative Care; Humanization; Old age.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
OBJETIVO	16
HIPÓTESE	17
METODOLOGIA	18
A MORTE INTERDITA DO SÉCULO XX	20
MITOLOGIA, FILOSOFIA E MORTE	27
POESIA E MORTE	33
O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA PENSADO NO CONTEXTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS	43
LONGEVIDADE – A VELHICE E A MORTE NO MUNDO MODERNO	52
CUIDADOS PALIATIVOS – A RETOMADA DA ESSÊNCIA DA MEDICINA	65
A mitologia simbolizando os cuidados paliativos	67
O surgimento dos cuidados paliativos	68
A Organização Mundial da Saúde (OMS) e os cuidados paliativos	71
Cuidados paliativos – a nova realidade médica	73
A implantação dos cuidados paliativos e a interdisciplinaridade	76
A velhice e os cuidados paliativos	78
A morte como evento final dos cuidados paliativos	79
FAZER-SE PRÓXIMO – A REUMANIZAÇÃO DA MORTE PELO MÉDICO QUE OFERECE CUIDADOS PALIATIVOS AO IDOSO	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
ANEXOS	106
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	134
OBRAS CONSULTADAS	139
FILMES	143

APRESENTAÇÃO

Escolher dissertar sobre a morte, na forma da abordagem realizada, foi consequência de uma situação de vida pessoal e profissional que acabou por guiarme pelo cuidar.

O Programa de Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) favoreceu grandemente esse processo, quer seja pela característica do curso, quanto por seu corpo docente, que se pauta em uma abordagem global e interdisciplinar.

Em relação às disciplinas, encontrei nos professores, cada um em sua particularidade, características de humildade, maternidade, simplicidade, congregação, alegria e cordialidade, que foram o incentivo para prosseguir e me firmar em meus propósitos para a dissertação.

Os conteúdos favoreceram consolidar conceitos, crenças, rever pensamentos e conhecer novos olhares sobre os aspectos emocionais, a importância da inter-relação, de como compartilhar conhecimento é prazeroso, em como delimitar o trabalho e optar pelo melhor método, a refletir sobre a necessidade de entender educação como algo mais amplo que uma transmissão de conhecimentos. Educação como um compartilhar que passa pelo direito de cidadania e do respeito humano, além de permitir refletir sobre a diferença dos momentos sociais na aceitação ou negação da morte.

Não posso deixar de considerar a importância do mestrado. Sendo a PUC-SP um frutífero meio de produção científica, a inserção de um curso de Pós-Graduação *stricto sensu* em Gerontologia é uma contribuição importante à velhice do país, já que a finalidade da universidade não é tão-somente conceder titulação para profissionais, mas contribuir para ações sociais significativas.

Também não posso deixar de considerar o Portal do Envelhecimento, um destacado meio de informação *on-line*, em franco desenvolvimento, do qual tive a

oportunidade de fazer parte. A contribuição do profissional e do academicismo é compartilhar informações, adaptando-as ao meio de divulgação e ao público-alvo, de forma que não se torne um discurso técnico incompreensível ao leigo, ou que menospreze suas capacidades.

O estudo, o aprimoramento, a vida acadêmica só têm sentido se houver uma extensão para além do conhecimento próprio, e na PUC-SP, no Programa de Gerontologia, tive a oportunidade disso participar.

Permito-me fazer um retrospecto pessoal para que possa ser estabelecido vínculo entre acontecimentos pessoais e profissionais e a escolha do tema e sua forma de abordagem.

De início devo dizer que ser médico talvez seja algo codificado em um dos 44 cromossomos somáticos, pois acho que não poderia ter outra profissão. – *“nossos impulsos vocacionais têm raízes em lugares obscuros da alma”*. (ALVES, 2003, p. 34)

No entanto, para isso se concretizar tive que passar por um longo e tortuoso caminho, só conseguido pelo companheirismo e esforço de muitos, inclusive percorrendo terras distantes, época em que a morte ameaçou aproximar-se. Creio, no entanto, que não foi algo puramente biológico, mas manifestação de Força Superior para mostrar-me que medicina é arte, Deus existe, e cuidar é um fundamento humano a ser cumprido pelo médico.

Por todo um contexto de vida pessoal e por acreditar na vida escolhi dissertar sobre a morte, momento único da vida da pessoa, quando mais precisa de companhia e mais se vê isolada, e a medicina mais se afasta. Realidade que, no entanto, vem se modificando.

A morte sempre foi e será vista como mistério para o qual se procura explicações, isso não somente no final da vida, mas em todo o seu decorrer.

Cada indivíduo personificará a morte conforme suas vivências, crenças e vínculos pessoais, mas sempre a partir da observação da ocorrência em outro, e talvez seja isso que de forma oculta assusta – a certeza inequívoca de que chegará a si próprio, como chegou ao outro. Aí a função do medo como protetor, que evita

discutir o assunto, permitindo apenas resignações frente à morte alheia, pois não podemos fazê-lo a partir da ocorrência própria; mas em cada ocorrência no outro, parte de nós, pelos laços emocionais, morre junto.

Na evolução dos milênios, a interpretação ou aceitação da morte sofreram inúmeras transformações quanto ao seu impacto sobre as sociedades, sendo quase sempre norteadas pelo cunho religioso, pois a ciência, frente a ela, se mostra impotente.

Ainda que seja a única certeza inequívoca da existência humana, à medida que parte de um processo biológico, o homem não a vê como uma realidade, pois seria uma verdade esmagadora e limitante demais para quem a considera um acidente de percurso. Poucas são as exceções, como os budistas, que não a vêem assim, mas parte integrante da vida.

“encontrar assim na finitude do tempo, ou seja, na própria morte, recurso da vida, exige entregar-se sem reserva ao espanto que ela suscita e aceitar permanecer constantemente sob seu domínio. Deixar ao nada que é a morte o governo da vida não implica, todavia, nem heroísmo niilista nem lamentação nostálgica, mas uma realidade, a configuração, na tragicomédia de uma vida que não recua diante da morte, mas ao contrário, aceita incluir em sua conta o luto e a alegria, o riso e as lágrimas”.

(DASTUR, 2002, p. 7)

A morte é uma intrusa, ainda mais avassaladora se ocorrer precocemente, sem avisos: cruel, quando arrebatada crianças e jovens; destruidora de vínculos, provocadora de exílio em relação aos que se ama; poderosa demais frente ao desamparo humano.

Vivemos numa sociedade predominantemente oriunda do cristianismo, e podemos tomar um dos seus símbolos – Cristo crucificado – na análise da representação da morte.

“é com o cristianismo que aparece a idéia de um Deus triunfado sobre a morte, e é com ele também que é ressaltado o trágico da condição humana, sob a forma da morte na cruz de um Cristo abandonado por um Deus que silencia”.

(DASTUR, 2002, p. 24)

Sob a ótica das diferentes fases do desenvolvimento humano, a morte é interpretada de formas diversas. Na infância, a partir da experimentação da ausência materna, a criança vive a sensação de desamparo: período de onipotência, com a presença materna e de fragilidade, na ausência e nos questionamentos sobre seu real poder de evitar a morte.

“sabemos que fazem parte do desenvolvimento infantil o pensamento mágico e a onipotência. Fica, portanto, a grande questão: se os outros morrem, será que morrerei também? A criança produz a história da humanidade. Ela se representa como herói que durante o dia vence a sua fragilidade, e à noite tem os seus pesadelos, os monstros, os dragões e os fantasmas que ameaçam. A morte representa o desconhecido e o mal”.

(KOVÁCS, 2002, p. 4)

Na adolescência a morte definitivamente não tem lugar, pois é a fase das possibilidades, do realizar, do ser poderoso. Quando atinge outro adolescente é porque esse foi falho em algo que propiciou a ocorrência.

Na vida adulta ainda há parte desse poder do adolescente, acrescido a um medo natural que impele a morte para longe. Sua consciência existe, mas jamais se pleiteia sua aceitação.

Mais tarde, no decorrer da vida adulta, esse cenário vai gradativamente se modificando, fase em que já podem ser analisados os prós e os contras da própria existência.

“quando se chega ao topo da montanha e se admira a paisagem à volta, a descida parece obrigatória. A subida remeteu a um esforço, o mesmo ocorrendo com a descida. Ela representa a segunda metade da vida, potencialmente tão criativa quanto a primeira, só que com um outro ângulo. Temos toda a experiência do nascimento, da infância, da adolescência e da primeira fase do adulto. Ao fazer um balanço dessa experiência, uma grande transformação interna se processa em nós e a morte não se configura mais como algo que acontece somente aos outros, mas que pode acontecer conosco também”.

(KOVÁCS, 2002, p. 7)

Profissionais da área de saúde não podem se omitir em explorar o tema em todas as suas concepções, entendimentos e variantes, pois pode caber-lhes ser o companheiro de muitos, determinadamente em sua caminhada final. Tempo de sofrimento, não só físico como emocional. Ocasão de compartilhar sentimentos sobre a vida e invariavelmente sobre a morte; isso só poderão fazer se tiverem em si mesmos claras concepções e medos afugentados sobre a morte, para que não se comportem como as crianças que têm pesadelos e vêem monstros, dragões e fantasmas. Momento que certamente irá requerer sutileza e amparo, o que conseguirão se reconhecerem sua própria vulnerabilidade.

Talvez em cada enfrentamento, cada discussão, como a aqui proposta, se transformem de amedrontados para impetuosos e poderosos, como se tivessem passando da fase de entendimento da criança para a do adolescente. Quem sabe, chegarão ao topo da montanha mais tranquilos, em paz consigo mesmos diante do próprio fim. Sendo, então, companheiros de amparo dos que enfrentam a morte, não num acontecimento rápido e sem avisos, mas sobretudo daqueles que a experimentam com prolongados sofrimentos físicos diante de doenças que machucam o corpo e a alma. Se não puderem ser fiéis escudeiros do indivíduo, o caminho desse será acrescido de mais dor, representada pelo desamparo, falsidade,

aplicação de palavras de consolo que jamais cumprirão essa finalidade, mas, ao contrário, mostrarão que sobra piedade, que mais pode machucar do que ajudar.

Com a evolução da medicina e da tecnologia a ela agregada, a discussão da morte não é mais algo acessório, mas de importância técnica. Diante da eutanásia, distanásia, suicídio assistido, não há como não abordar o tema. Não é possível ignorá-lo. Há que se aprofundar em todos os seus aspectos, e integrar múltiplos profissionais à análise, não esquecendo de obrigatoriamente incluir o paciente e os familiares como parte essencial do processo.

Profissionalmente, várias vezes tive a morte se interpondo na minha relação com o paciente, quando em muitas delas foi a vencedora, principalmente quando, acadêmico de medicina, na vivência no ambulatório de oncologia. Nesse tempo observei o comportamento humano, do outro e o meu próprio, em relação a esse fenômeno tão inquietante ao ser humano. Época em que acompanhei muitos pacientes e familiares em desespero, dor, raiva, aceitação, luto e em tantas outras nuances.

Época na qual mais percebi a necessidade de não fugir do tema. Só nele adentrando poderia compartilhar, caminhar junto com o outro em momento tão único. Período em que a conduta humanitária deve ser aliada à técnica; misto de ciência, solidariedade e intimidade para o paciente ser cuidado em seu momento de morte, quando então poderá re-significar muito de si e de sua vida.

Não discorrerei sobre as inúmeras variantes ligadas à morte, pois cada tema agregado daria uma nova dissertação, e ainda esbarraria em questões bioéticas não bem definidas. A finalidade será trazer para perto aquilo que assim já está, mas que teimamos em distanciar.

Discutindo o tema, chegando ao topo da montanha, diante da morte, seria fácil pensar:

“à beira do abismo, nada haveria a temer, porque não teríamos que mergulhar nele, mas simplesmente planar, curiosos em ver aonde nos levará o derradeiro vôo”.

(REZENDE, 2000, p. 14)

Enfocarei o componente humanitário e poético, pretendendo ser um culto à vida, buscando entender, no entanto, que a vida e a morte são um par indivisível e inquietante para a alma humana – *“a questão da origem das coisas é, certamente, uma fonte de inquietação para nosso entendimento, mas a de seu fim constitui o tormento de todo o nosso ser”*. (DASTUR, 2002, p. 54)

Por certo não chegarei a definições estáticas, a modelos ideais de comportamento, até porque esse não é o objetivo, nem mesmo uma possibilidade. Mas que ao fim tenha refletido o suficiente. Profissionais sensibilizados pelo conhecimento do lado humanitário transformam-se em compartilhadores de apoio ao outro diante de sua morte, principalmente considerando o idoso fragilizado pelas contingências da vida, e por certo não muito diferente em seu processo último.

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo trazer para discussão o fato de o idoso colocar a morte em cena, e mostrar que precisamos refletir sobre a prática médica na perspectiva da reumanização da morte nos Cuidados Paliativos oferecidos ao idoso.

HIPÓTESE

O reconhecimento de que o idoso coloca a morte em cena é fator essencial para se refletir sobre práticas médicas, tão necessárias para que a reumanização da morte seja parte integrante dos Cuidados Paliativos, levando à recuperação do valor da vida, da morte e do cuidar.

METODOLOGIA

O procedimento para a elaboração da dissertação foi a pesquisa bibliográfica, e o método escolhido o fenomenológico.

A bibliografia nacional me permitiu uma análise de nossa realidade, pois a forma de abordar o tema da morte modifica-se segundo padrões culturais de diferentes países.

A importância de se utilizar o método fenomenológico reside nesse deixar os fatos da experiência humana falarem por si mesmos, permitindo assim a existência de tantas verdades e suposições quantas forem possíveis, segundo as interpretações individuais, fruto das experiências vividas.

Este método dedica-se à análise da percepção, quando então nenhuma verdade é absoluta e para o qual o comportamento humano se constrói a partir do mundo em que se vive. Busca recuperar o olhar humano acima do cientificista, que reduz a vida a processos físico-químicos.

O método fenomenológico considera a objetividade dos seres, constituindo-se, para esses, os fatos vividos como verdade plena, em dado momento da vida, ainda que a experiência de outros possa falar o contrário.

A opção foi abordar o tema da morte pela fenomenologia, pois sendo algo que transcende a compreensão humana, somente resgatando as experiências de vida em relação à morte – que não é a própria – é possível argumentar.

O método fenomenológico não se propõe a chegar à verdade absoluta, nem a regras e conclusões taxativas. Esta dissertação procurou considerar a subjetividade do autor e sua vivência profissional como médico, quando por vezes se defronta com a morte, requerendo posturas diversas frente ao paciente, familiares e equipe profissional, voltando-se ao pensamento de recuperar a visão mundana das coisas.

Esta dissertação buscou a percepção da inter-relação vida-morte, que se estende muito além da relação sujeito-objeto ou materialismo-individualismo, mas se molda à compreensão da experiência humana.

*“quem não compreende um olhar, tampouco
compreenderá uma longa explicação”*
(MARIO QUINTANA)

A MORTE INTERDITA DO SÉCULO XX

*“todas as culturas personificam a morte
de forma diferente e elaboram
variadas magias contra
a sua intromissão”
(KOVÁCS, 2002, p.29)*

Estudando a morte durante os séculos, percebem-se grandes mudanças. Chega-se ao modelo de interdita do século XX, aquela medicalizada, que passa a ser vista como um “fracasso”, devendo, portanto, ser escondida para que represente que “nada” mudou.

Historicamente, os hospitais, representados pelas Santas Casas de Misericórdia, eram os locais nos quais se encontravam os doentes que não tinham condições para se tratar em casa; as pessoas iam “*para se recuperar ou para morrer, conforme a vontade de Deus, com um mínimo de dignidade humana e conforto*”. (MARTIN, 2004, p.33)

Porém, essa estrutura foi modificando-se ao longo do tempo. Houve desenvolvimento técnico, passando, principalmente nas últimas décadas, a se ter como objetivo o atendimento curativo. Interessa o binômio doença-cura, fazendo surgir, então, a fragmentação do paciente, visto como órgãos e sistemas, uma especialização e ultimamente superespecialização da medicina, que “*perde pouco a pouco sua aura de sacerdócio e se transforma gradativamente em negócio*”. (MARTIN, 2004, p. 35). O modelo atual vive um momento empresarial. O poder aquisitivo do paciente determina quais os tipos de serviços que pode utilizar.

No pensamento empresarial, no qual o foco é doença e cura, os Cuidados Paliativos se tornam problema, pois não têm como meta a medicina curativa, e necessitam de mais investimentos. Do ponto de vista financeiro não trarão lucros,

pois são pacientes com morte iminente, realidade bastante importante no paciente idoso e pacientes crônicos.

“os idosos e os doentes crônicos tendem a ser marginalizados precisamente porque o investimento em curá-los não tem sentido, e o tratamento paliativo está muito baixo na lista de prioridades do hospital, que abraça como prioritários o paradigma tecnocientífico e a medicina curativa”.

(MARTIN, 2004, p. 46)

O modelo de predomínio atual é o técnico-científico; se preocupa com a doença e não com o seu portador. Não predomina o benigno-científico, em que há o interesse concomitante com a doença e o ser humano que a apresenta.

A aceitação da morte modificou-se nos milênios, passando de natural a interdita na atualidade, ainda mais quando se tem deixado de considerar o aspecto espiritual dos envolvidos, principalmente pacientes e familiares. A morte atual não é a natural e romântica, mas a que permite a distanásia, a mistanásia.

“há não muito tempo se nascia ‘graças a Deus’ e se morria ‘por vontade de Deus’. O início e o fim da vida humana escapavam completamente do controle humano. Hoje, com os conhecimentos adquiridos e instrumental tecnológico à disposição pode-se perfeitamente escolher o dia para se nascer e também fixar a hora da morte”.

(PESSINI, 1990, p. 23)

Aquela interdita, não pertencendo ao Sagrado, mas à tecnologia, tomou o hospital como o local para onde se vai para morrer, pois permite a ocorrência controlada, escondida, sob auxílio de profissionais. Fim técnico, como suscita a medicina tecnológica: o fim é exemplarmente descrito, com hora precisa, institucionalizado, biocêntrico e tecnocêntrico, rouba a dignidade humana. Sendo o foco a cura, por vezes trata-se a dor, porém esquece-se de cuidar do sofrimento.

O modelo comercial e o padrão social a ser mantido tornaram os hospitais, fonte de *status* – “*se antes freqüentar um hospital era sinal de pobreza (local de concentração de indigentes), hoje os hospitais e clínicas são indicadores de desenvolvimento econômico e social, lugares que as pessoas têm obrigação quase moral de freqüentar*”. (PESSINI, 2004, p. 19)

Pensando na estrutura de formação das escolas médicas atuais, o paciente pode passar a ser o foco de atenção por necessidades outras que não a sua dor e seu sofrimento; em formação que desconsidera valores humanitários e se pauta na tecnolatria, pode ser transformado em um objeto de aprendizado. As relações estabelecidas tornam-se impessoais e mecânicas: “*o funcionamento da instituição hospitalar, regida por normas e procedimentos estritos, reitera a pouca possibilidade de diálogo entre os diversos atores sociais envolvidos no processo de morrer, bem como da expressão de suas emoções. No modelo moderno, a assistência em saúde é impessoal, mecânica e asséptica*”. (MENEZES, 2004, p. 33)

Na reflexão sobre o novo modelo de formação médica que necessita do componente humanitário, deve ser recordado o texto de Rubem Alves “O médico à procura do ser humano” e reconhecidas relações de afeto entre si e os outros que o cercam. Isso faz circular a vida, perdendo então a sua imagem de feiticeiro, de cavaleiro solitário que vai sozinho lutar contra a morte. Torna-se, segundo o autor, “*... uma unidade biopsicológica móvel, portadora de conhecimentos especializados, e que vende serviços*”. Um médico que perdeu sua aura, sua presença mágica, “*é consultado não por ser amado e conhecido, mas por constar num catálogo do convênio*”. (ALVES, 2003, p. 20)

Em Cuidados Paliativos se busca ver refletida no espelho a antiga imagem do médico que irradiava vida, também feiticeiro, e que em suas relações fazia a vida circular, o cavaleiro solitário que lutava contra a morte, herói com o corpo coberto de cicatrizes, mas a alma inteira. Voltar à imagem do médico de antigamente seria a possibilidade de ser o cuidador na fase final de vida, convicto de seus valores pessoais e dos do ser humano de quem cuida.

Não se conhece mais o tempo da morte, não são reconhecidos seus sinais, o indivíduo não tem mais intuição. Ela não pertence ao Sagrado, mas transformada em momentos isolados. Nesse molde acaba por não se saber o momento em que verdadeiramente ocorre: quando efetivamente o indivíduo deixou de respirar ou passou a um estado vegetativo sustentado por máquinas.

O moribundo já não preside o rito cerimonial, que nem mesmo existe. A ritualidade do passado é desconhecida na atualidade. O paciente normalmente morre em uma unidade de terapia intensiva, conectado a tubos, sedado. A vida é representada unicamente por bips e gráficos, até que um deles se transforma em um traçado isoelétrico em tela de monitor.

Os parentes, amigos, vizinhos e principalmente as crianças não fazem parte da cena na justificativa de ocultar (ou achando que isso conseguem) a verdade ao moribundo. Procura-se, também, poupar da morte a sociedade, promovendo seu afastamento, tentando manter falsas aparências.

Insuportável aos olhos. Portanto, passa a ser solitária, mecânica e dolorosa, restrita a um leito hospitalar. Não é possível mais ver o fim do outro. Cria-se a falsa idéia de que o tecnicismo aplaca todos os males. Morte despersonalizada. Habitualmente as expressões dizem somente “o paciente do leito três”, “o paciente com edema agudo de pulmão”, “o paciente da sala de emergência”. Precedida de distanásia, pois impera a medicalização da vida, a morte é isolada e em abandono. Os familiares e amigos talvez não consigam conviver com o indivíduo e os momentos finais. Ainda é uma utopia o morienterapeuta preconizado por Rubem Alves, que poderia ser qualquer um que assistisse o indivíduo em morte iminente.

“o morienterapeuta... (moriens – que está morrendo e therapeueim – cuidar, servir, curar) ..., entra em cena quando as esperanças se foram. A despedida é certa. Ele ou ela têm de estar em paz com a vida e a morte, têm de saber que a morte é parte da vida: precisa ser cuidada. Por isso, o morienterapeuta terá de ser um ser tranqüilo, em paz com o fim, com o fim dos outros de quem ele cuida, em paz com seu próprio fim, quando outros cuidarão dele.

Dele não se esperam nem milagres nem recursos heróicos para obrigar o débil coração a bater por mais um dia. Dele se esperam apenas os cuidados com o corpo – é preciso que a despedida seja mansa e sem dor. E os cuidados com a alma: ele não tem medo de falar sobre a morte”. (ALVES, 2003, p. 55)

Com todos os seus atributos negativos, a morte é problema social. Portanto, precisa ser escondida, e institucionalizá-la foi a forma encontrada. O hospital é o local que preenche as características técnicas. Ainda que seja, em muitos casos, de maior sofrimento para o indivíduo, quando se pratica a distanásia. Mesmo assim preconiza-se como o ideal. O controle do fim foi transferido para as mãos dos médicos.

De um modelo frio, asséptico e higienizado, o desafio é criar consciência sobre a importância de haver mudança para o morrer humanizado. Não meramente o término de fase biológica, mas fenômeno de dimensões emocionais das mais importantes para o moribundo, familiares e cuidadores.

MITOLOGIA, FILOSOFIA E MORTE

“há, efetivamente, uma certa identidade entre a morte e a Filosofia, já que ambas têm como resultado destacar a alma do corpo”.

(DASTUR, 2002, p. 33)

Há muitos séculos os homens começaram a filosofar por que as verdades que julgavam conhecer no cotidiano, por meio dos mitos, não mais respondiam a suas incertezas, e as dúvidas se avolumavam diante de todos os temas complexos da vida.

Dentre os vários temas a serem compreendidos, o homem deparou-se com o da morte, evento inexorável ao final da existência. Como pode acabar um ser que vive, relaciona-se, constrói? A limitação do entendimento humano frente à existência podada precisava (e ainda precisa) de explicações para esse acontecimento: *“só os homens são ‘mortais’, pois só eles são ‘capazes’ de referir a sua própria morte e de fazer ‘existir’ assim a morte”* (DASTUR, 2002, p. 77)

Considerando milênios passados, antes do surgimento da Filosofia, forma palpável de abordar o tema da finitude foi a mitologia. O homem pôde voltar ao seu interior buscando respostas, talvez não para a morte, mas para a vida, por certo já intuindo que os fenômenos não são isolados.

Talvez a mitologia tenha sido uma defesa: *“a morte é o objeto de espanto e não pode ser enfrentada, a não ser na medida em que se vê relativizada e aparenta ter domínio apenas sobre uma parte de nosso ser”*. (DASTUR, 2002, p. 6)

O papel dos mitos, com todo o seu múltiplo simbolismo, sempre foi fundamental para a constituição de padrões culturais, para o desenvolvimento

individual ou coletivo, a partir do suavizar do sofrimento diante das questões que envolvem os aspectos tidos como “sobrenaturais”, sobre os quais só podemos supor. Mesmo ainda não encontradas soluções para as dúvidas e inquietações geradas pelos problemas existenciais, o mito, com sua riqueza simbólica, é importante.

“o mito... quando não facilita a percepção do que era inconsciente, pelo menos envolve o sujeito em outros parâmetros do comportamento, possibilitando uma reformulação das ações numa perspectiva de uma postura mais saudável de viver, ou apenas amenizando o sofrimento”.

(FRAGOSO, 2005)

Ainda que por muito tempo os mitos tenham sido a fonte de explicação para acontecimentos da vida, os homens passaram a ter necessidade de obter outras explicações mais lógicas, partindo não das divindades, mas das coisas terrenas. Surgem, então, os primeiros filósofos. Porém, o nascimento da Filosofia não findou o pensamento mitológico.

Enquanto o mito se pauta nas divindades, no sobrenatural, no fabuloso, a Filosofia volta-se para a análise que engloba a totalidade do tempo, quando passa a discutir temporalidade e finitude.

No entanto, antes de considerar o pensamento filosófico, vamos retomar a mitologia e conhecer belas histórias e explicações para a vida e a morte. Simbolismo bastante importante diante de um tema o qual só podemos imaginar ou interpretar a partir da ocorrência em outros – *“vivemos sempre a morte como a morte do outro. Os outros morrem e eu ainda não. A minha morte eu penso amanhã. Nós nos esquivamos da possibilidade de singularização da morte”.* (KOVÁCS, 2002, p. 147)

Na atualidade podem ser recordados os mitos, porém seu valor e sua tradição perderam-se diante do mundo capitalista, realista demais, esquecido do sentido de si próprio: *“um dos problemas hoje em dia é que não estamos familiarizados com a literatura do espírito. Estamos interessados nas notícias e nos problemas práticos do momento”.* (GUIMARÃES, 2005)

Nessa realidade com tendências mecanicistas, imediatistas, desconhecendo valores humanitários, todos os temas que sempre formaram a base da existência humana perderam-se gradativamente, não necessitando de explicações figurativas para compreender ou justificar o incompreensível da nossa condição de humanos. Os mitos, que buscavam as verdades, tornaram-se desnecessários num mundo que não se pauta pelos valores espirituais.

Na mitologia grega, Tânatos era a própria personalização da morte, filho de Nix (noite), irmão gêmeo de Hipnos (sono).

O mito que determina a origem da morte diz:

“uma mulher tinha dois filhos gêmeos. Alguns dizem que eram irmão e irmã que desmaiaram. Possivelmente só estavam dormindo. Sua mãe os deixou de madrugada, e quando retornou à noite eles ainda estavam deitados lá. Ela notou pegadas como a deles e imaginou que eles tinham voltado à vida, e brincado durante a sua ausência. Certa vez ela chegou, inesperadamente, e encontrou-os discutindo dentro da cabana. Um deles dizia: ‘é melhor estar morto’. O outro dizia: ‘é melhor estar vivo’. Quando viraram, pararam de falar, e desde então as pessoas morrem de tempos em tempos, portanto sempre há vivos e mortos. Se ela tivesse permanecido escondida e permitido que eles encerrassem sua discussão, um teria vencido o outro, e daí não haveria vida ou não haveria morte”.

(KOVÁCS, 2002, p. 1)

Se o homem busca justificativa para a morte do adulto e velho, é fácil imaginar que também buscará para a morte da criança.

A mitologia explica a ocorrência nessa faixa etária pelo mito Eros e Morte. Diz o mito:

“era uma tarde quente e abafada, e Eros, cansado de brincar e derrubado pelo calor, abrigou-se numa caverna fresca e escura.

Era a caverna da própria morte. Eros, querendo apenas descansar, jogou-se displicentemente ao chão, tão descuidadamente que todas as suas flechas caíram. Quando ele acordou percebeu que elas tinham se misturado com as flechas da morte, que estavam espalhadas no solo da caverna. Eram tão parecidas que Eros não conseguiu distingui-las. No entanto, ele sabia quantas flechas tinha consigo e ajuntou a quantia certa. Naturalmente, Eros levou algumas flechas que pertenciam à morte e deixou algumas das suas. E é assim que vemos, freqüentemente, os corações dos velhos e dos moribundos atingidos pelas flechas do amor, e às vezes os corações dos jovens capturados pela morte”.

(Meltzer, 1984 in KOVÁCS, 2002, p. 153)

Ainda que se saiba do caráter puramente imaginário, não há como não pensar que poderiam ser verdadeiros esses mitos. Uma interpretação humanizada diante da morte, que representa nossa impossibilidade no continuar a ser.

Mitologia e Filosofia fazem parte de nossa vida. Tornam-se mais encantadoras se poetizadas, e então considerarmos em Cuidados Paliativos que Mitologia, Filosofia, Poesia e Morte fazem parte da vida.

POESIA E MORTE

“acho que para recuperar um pouco da sabedoria de viver, seria preciso que nos tornássemos discípulos e não inimigos da morte, mas, para isso, seria preciso abrir espaço em nossas vidas para ouvir a sua voz. Seria preciso que voltássemos a ler os poetas”.

(ALVES, 2003, p. 76)

Segundo Thomas Mann, se não existisse a morte haveria bem poucos poetas sobre a Terra. Eles falam da íntima relação da morte com a vida.

“a criação do poeta nada mais é do que essa imagem humana que a natureza nos oferece para nos curar após termos lançado um olhar sobre o abismo”.

(DASTUR, 2002, p. 26)

Porém, como escreve Rubem Alves, *“não basta saber ler para ler poesia. Ler poesia é uma arte. Exige que o leitor se coloque numa posição especial da alma...”*

Os poetas falam do medo da morte, como o faz Vinícius de Moraes em seu texto “A morte”

*“A morte vem de longe
do fundo dos céus
vem para os meus olhos
virá para os teus
desce das estrelas
trânsfugas de Deus
chega impresentida*

*nunca esperada
ela que é na vida
a grande esperada!
do amor fratricida
dos homens, ai dos homens
que matam a morte
com medo da vida”*

Ou de falam como a ocorrência da morte atordoar, pensando na própria, como em Mário Quintana

*“esta vida é uma estranha hospedaria
de onde se parte quase sempre às tontas,
pois nunca as nossas malas estão prontas,
e a nossa conta nunca está em dia“.*

Ou de quais são as tarefas na vida até que chegue a morte, como ainda em Mário Quintana

*“sentir primeiro, procurar depois
perdoar primeiro, julgar depois
amar primeiro, endurecer depois
esquecer primeiro, aprender depois
libertar primeiro, ensinar depois
alimentar primeiro, contar depois
possuir primeiro, contemplar depois
agir primeiro, julgar depois
navegar primeiro, aportar depois
viver primeiro, morrer depois“*

Ou de como a proximidade da morte ilumina a vida

“a proximidade da morte ilumina a vida. Aqueles que contemplam a morte nos olhos vêem melhor, porque ela tem o poder de apagar do cenário tudo aquilo que não é essencial. Os olhos dos vivos tocados pela morte são puros.

Eles vêem aquilo que o amor torna eterno”.

(ALVES, 2002, p. 8)

Rubem Alves fala:

“... não, não, a morte não é algo que nos espera no fim. É companheira silenciosa que fala com voz branda sem querer nos aterrorizar, dizendo sempre a verdade e nos convidando à sabedoria de viver...(ALVES, 2003,p.67) (...) “a branda fala da morte não nos aterroriza por nos falar da morte. Ela nos aterroriza por nos falar da vida. Na verdade, a morte nunca fala sobre si mesma. Ela sempre nos fala sobre aquilo que estamos fazendo com a própria vida, as perdas, os sonhos que não sonhamos, os riscos que não corremos (por medo), os suicídios lentos que perpetramos.. (ALVES, 2003,p.69). (...) “ É! Embora a gente não saiba, a morte fala com a voz do poeta. Porque é nele que as duas, a Vida e a Morte, encontram-se reconciliadas, conversam uma com a outra, e dessa conversa surge a Beleza. Agora, o que a Beleza não suporta é o falatório, a correria... Ela nos convida a contemplar a nossa própria Verdade. E o que ela nos diz é simplesmente isto: “Veja a vida. Não há tempo a perder. É preciso viver agora! Não se pode deixar o amor para depois: Carpe diem!”... (ALVES, 2003,p.67) (ALVES, 2003,p.72) (...) “a Morte tem o poder de colocar todas as coisas nos seus devidos lugares. Longe do seu olhar, somos prisioneiros do olhar dos outros, e caímos numa armadilha de seus Desejos. Deixamos de

ser o que somos, para ser o que eles desejam que sejamos. Diante da Morte, tudo se torna repentinamente puro. Não há lugar para mentiras. E a gente se defronta então com a Verdade, aquilo que realmente importa. Para ter acesso à nossa Verdade, para ouvir de novo a voz do Desejo mais profundo, é preciso tornar-se um discípulo da morte. Pois ela só nos dá lições de Vida, se a acolhermos como amiga: “A Morte é nossa eterna companheira...” (ALVES, 2003,p.74,75) (...) “ela se encontra à nossa esquerda, ao alcance do braço. Ela nos olha sempre, até o dia em que nos toca. Como é possível a alguém se sentir importante, sabendo que a Morte o contempla? O que você deve fazer, ao se sentir impaciente com alguma coisa, é voltar-se para a sua esquerda e pedir que sua Morte o aconselhe... (...) “sempre que você sentir, como tantas vezes acontece, que tudo está indo de mal a pior e que você se encontra a ponto de ser aniquilado, volte-se para a sua Morte e lhe pergunte se isso é Verdade. Sua Morte lhe dirá que você está errado, que nada realmente importa, fora do seu toque... (...) “houve um tempo em que nosso poder perante a morte era muito pequeno. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a morte foi definida como inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, nós nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar. E nos encontramos diante do perigo de que, quanto mais poderosos formos perante ela (inutilmente, porque só podemos adiar...), mais tolos nos tornamos na arte de viver. E, quando isso acontece, a Morte, que poderia ser conselheira sábia, transforma-se em inimiga que nos devora por detrás. Acho que, para recuperar um pouco da sabedoria de viver, seria preciso que nos tornássemos discípulos e não inimigos da Morte. Mas, para isso, seria preciso abrir espaço em nossas vidas

para ouvir a sua voz. Seria preciso que voltássemos a ler os poetas...” (ALVES, 2003, p.75,76)

Cortazar (1975), de forma esplendorosa, em seu texto “A saúde dos doentes”, nos fala de como as pessoas podem necessitar do cuidar, especialmente na morte.

No texto, houve um cuidar da mãe (personagem central) para que se evitasse sua dor pela morte do filho. Cuidar que efetivamente foi adequado, pois mesmo ao ter certeza da morte do filho ela manteve segredo desse seu conhecimento – cuidado para aqueles que dela cuidaram.

“como vocês foram bons comigo disse mamãe. Este trabalho todo que vocês tiveram para que eu não sofresse [...] vocês tomaram conta de mim”

O texto é a prova da necessidade da inter-relação humana, do afeto, das crenças, de valores humanitários e do cuidar.

Outro texto, cujo título é “Será que escapo dessa?”, deixa expressa a necessidade de o paciente em processo de morte ter próximo seu médico, para que lhe dedique sobretudo respeito como pessoa, por meio do compartilhar verdades, ao invés de ficar num faz-de-contas; aquele que possa ter aprendido a arte de ajudar as pessoas a morrer, pois *“a morte de uma pessoa é um evento único , nunca houve e nunca haverá outro igual”*. Também mostra que o alívio da dor é essencial, porque ninguém quer morrer com dor. Aquele que saiba que *“a vida humana tem a ver com a possibilidade de alegria! Quando a possibilidade de alegria se vai, a vida humana se foi também”* (ALVES, 2006).

Ainda citando esse autor, em seu texto “Sobre a morte e o morrer”, a tecnolatria e a distanásia são *“uma violência ao princípio da ‘reverência pela vida’”*, e nos lembra que, nesse caso, *“se os médicos dessem ouvidos ao pedido que a vida está fazendo, eles a ouviriam dizer: Liberta-me”* (ALVES, 2006).

O autor mostra ainda o descuido com o ser humano, ao relatar a história de um jovem francês, submetido ao processo de distanásia, que escreveu, com sua

possibilidade de movimento de um só dedo: *“morri em 24 de setembro de 2000. Desde aquele dia, eu não vivo. Fazem-me viver. Para quem, para que, eu não sei...”*

Finalmente, sabiamente ensina que *“a ‘reverência pela vida’ exige que sejamos sábios para permitir que a morte chegue quando a vida deseja ir”*.

Por fim, a leitura de um texto de Joan Neet George, para conhecer o contraste entre a morte natural e a artificialmente prolongada, em que o médico normalmente está inserido.

“avó, quando teu filho morreu febril ao teu lado

em tua cama estreita

sua respiração estertorosa

te deixava inquieta

e te despertou quando

com um suspiro ele se apagou.

Tu o acalentaste pela madrugada amarga

e, de manhã,

trataste de vesti-lo, penteá-lo,

vertendo lágrimas caladas,

até que enfim descansou,

entre as íris do campo,

a alma entregue inexplicavelmente a Deus. Amém.

No entanto, avó, quando meu filho morreu

– Deus seja louvado –, teve morte cruel.

Um motor, ao lado

de sua cama de lona, inútil

roncava, silvava, zumbia,

enquanto ele entoava sua dor,

em notas baixas e altas,

em compasso lento

que se esvaía por entre a nuvem das drogas.

*Minhas lágrimas, redundantes,
gotejavam devagar,
como glucose ou sangue
de um frasco.
E, quando ele expirou,
as lágrimas secaram
e deuses de brancas roupagens
viraram as costas”.*
(SIEGEL, 1989, p. 265)

Ocorrida a morte, fica a saudade, “*é uma coisa que fica andando pelo tempo passado à procura dos pedaços de nós mesmos que se perderam*” (ALVES), e quando uma oração é feita mantém-se a poesia presente, pois “*a oração é a saudade transformada em poema*”(ALVES)

Lendo todo esse conteúdo poético não há como deixar de pensar que, como cita Rubem Alves, os poetas deveriam voltar a ser lidos. Levando cada um a construir algo que contemplasse a vida em todas as suas formas, nuances, odores, vontades, desejos, sonhos, possibilidades, necessidades, dificuldades e, sobretudo, em nossas limitações. Então não nos negaríamos a acreditar que a morte é o limite final da existência, e mais que isso, não só um marco finalizante, mas concretizador, pois como bem cita o autor, tudo o que se completa tem que terminar.

Sem considerar esses aspectos, não poderia iniciar o trabalho sobre o tema da morte. Embasado no toque poético será possível reconhecer a vida como obra de arte e a morte como parte da vida, podendo então dissertar sobre o tema sem conotação de culto à morte, mas como poetas interiores, buscando conhecer no íntimo, não a explicação sobre o tido como sobrenatural, mas por que o ser humano se nega a tocar nesse ponto, que é constitutivo da vida.

Esta dissertação não se propõe a cultuar a morte, mas ser convite a reconhecer os ensinamentos que ela nos traz:

“... ela só diz duas coisas. Primeira, aponta-nos o crepúsculo, a chama da vela, o rio, e nos diz – Tempus fugiti – o tempo passa e não há forma de segurá-lo. E, logo a seguir, conclui: Carpe diem – olha o dia como quem colhe um fruto delicioso, pois esse fruto é a dádiva de Deus”.

(ALVES, 2003, p. 90)

Resgatar o conhecimento poético é elaborar temática tão inquietante:

“não há como adivinhar-lhe o sabor, pois a morte não se experimenta e, portanto, percebe-se através da poesia, do sonho, da fantasia, da perda, do medo, da dor, da angústia...”

(REZENDE, 2000, p. 15)

Textos poéticos são produções daqueles que reconheceram a morte e diante dela não se acuaram, mas buscaram respostas. Que também isso seja conseguido no presente trabalho.

O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA PENSADO NO CONTEXTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

*“...nesse compromisso humanitário, podemos sonhar com uma nova
figura do médico responsável pela saúde do mundo e solidário
na construção de uma ética médica aberta à bioética...”*

(MARTIN, 2002, p.144)

Repensando a história médica constatam-se mudanças no modelo profissional. Essencialmente, a base da medicina foi o paternalismo benigno, no qual o profissional comporta-se como o detentor do conhecimento sobre o que é melhor para o paciente, restando a este ser cumpridor de conselhos e determinações.

Posteriormente surgem paradigmas, como o tecnocientífico, comercial-empresarial e da benignidade humanitária. (MARTIN, 2002, p.44)

No tecnocientífico, *“os valores da ciência e da tecnologia predominam, os praticantes da medicina tendem a favorecer o conceito de saúde como ausência de doença e sua tarefa primordial como sendo o combate a moléstias e traumatismos. Nesse paradigma, a morte é o grande inimigo, e todos os meios técnicos e científicos devem ser usados para afastá-la e vencê-la”*. (MARTIN, 2002, p. 44)

No comercial-empresarial, *“a vida, a doença e a morte só interessam na medida em que geram lucro”*. (MARTIN, 2002, p. 45).

No benigno-humanitário, há *“uma mudança do foco do sujeito da benignidade (o médico virtuoso) para o objeto dessa benignidade (o ser humano portador de direitos e dignidade fundamentais)”*. (MARTIN, 2002, p. 56)

Todos essas mudanças ocorridas na história da medicina, com o surgimento de novos modelos de profissionais, sempre norteados pela evolução tecnológica,

levaram o médico a se preocupar mais com a doença do que com a saúde – *“a cura das patologias e o afastamento da morte se tornaram as grandes metas da medicina ocidental”*. (MARTIN, 2002, p. 57).

As transformações que ocorreram evidenciam questões bioéticas. O conteúdo humano foi perdendo o foco da medicina; ao invés de o paciente ser personalizado, passou a ser despersonalizado.

A longevidade permitida, aliada a mudanças externas comprometedoras da saúde (física ou emocional), traz à cena o idoso portador de várias doenças, associadas muito comumente com grandes impactos decorrentes dos quadros demenciais, estado muitas vezes agravado por precárias condições socioeconômicas. Torna-se comum o processo de morte prolongada e sofrida, não raro decorrente de distanásia, sofrimento destinado não só diretamente ao paciente, mas a seus familiares (esses no aspecto emocional), em um processo de luto antecipatório que pode ser prolongado.

No novo molde, dispondo a discutir sobre a morte na velhice, torna-se necessário ser revisto o Código de Ética Médica para ser discutida a ação do médico em suas potencialidades, e principalmente os seus limites. – *“nosso interesse é apontar a linha divisória, tênue, que se situa entre a legalidade e a moralidade no exercício médico, voltado para os Cuidados Paliativos”*. (SILVA, 2004, p. 330)

Artigo 2 – o alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Qual seria o conceito de saúde, quais os limites das interpretações individuais?. O que significam o máximo do zelo e o melhor de sua capacidade profissional? Seria a prática da distanásia? Ou então, o cuidar, o fazer-se próximo e o ser ouvinte não se aplicam a este artigo?

Qual o limite de ter saúde e de ser humano? A distanásia, tão freqüente, representa a ação do médico centrada na saúde do ser humano?

Artigo 5 – o médico deve aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do processo científico em benefício do paciente.

Afinal, o progresso científico tecnológico utilizado como obstinação terapêutica traz benefício ao paciente em processo de morte?

Estudar, entender e praticar Cuidados Paliativos não estão englobados nesse aprimoramento contínuo de conhecimentos?

É essencial refletir o que quer dizer “em benefício do paciente”:

“se a vida biológica é o valor primordial, e o afastamento, o máximo possível, da morte, a grande tarefa, então o médico não tem outra opção a não ser apelar para todos os conhecimentos e técnicas a seu dispor até ser vencido pelo grande inimigo, a morte. Se, porém, se entender a morte como parte da vida e a saúde como bem-estar multidimensional, agir ‘em favor do paciente’ pode significar reconhecer que a pessoa tenha entrado já no processo irreversível de morrer e que seu bem-estar então consiste em partir para tratamentos paliativos que lhe permitam morrer com dignidade e em paz”.

(MARTIN, 2002, p. 121)

Artigo 6 – o médico deve guardar absoluto respeito pela vida humana, atuando sempre em benefício do paciente. Jamais utilizará seus conhecimentos para gerar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra a sua dignidade e integridade.

O que se entende por guardar absoluto respeito pela vida humana? Esse respeito é garantido quando se pratica a distanásia? Ou quando não se integra o paciente ao seu tratamento, dando-lhe chances de opções?

Afastar o paciente do convívio dos seus, em momento mais humano e mais pessoal, que é a morte, é trazer-lhe benefício? Sondas, cateteres, tubos, monitores, bips, justificam-se na morte iminente?

O artigo diz – *jamais utilizará seu conhecimento para gerar sofrimento físico ou moral*. Isso é pensado na ação paternalista do médico ao decidir levar seu paciente em morte iminente para a Unidade de Terapia Intensiva? Quais valores de vida, respeito e profissionalismo deve-se ter?

Artigo 21 – é direito do médico indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas vigentes do país.

Qual o conceito de procedimento adequado ao paciente? O médico tem o dom da escuta para saber o que é adequado a cada paciente? O narcisismo médico permite ao paciente decidir por si, sobre si?

Artigo 46 – é vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

Na atualidade, que desconhece o modelo do médico antigo, o novo profissional esclarece e pede consentimento ou estabelece o morrer em máquinas?

Se o paciente é incapacitado, quem pode responder por ele? Como aceitar a decisão de terceiros, se pode ser contrária a códigos de ética, de moral, de humanidade? Quem garante ou quem tira o poder de decisão de um responsável legal? O que podemos conhecer da relação desse com o paciente para ser aceita a decisão como próxima do ideal naquilo que significa o benefício ao paciente?

Artigo 53 – é vedado ao médico desrespeitar o interesse e a integridade do paciente, ao exercer a profissão em qualquer instituição na qual o mesmo esteja recolhido independentemente da própria vontade.

O quadro clínico é suficiente para decidirmos pela internação do paciente em processo de morte, ou deve ser primordial o entendimento de seus valores, do conceito de humanismo, de ética e moral?

Artigo 56 – é vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de perigo iminente de vida.

O médico concede ao paciente o direito de decidir livremente sobre si no momento de sua morte? O processo de morte iminente é perigo iminente de vida?

Artigo 59 – é vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, levando, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal.

O médico está capacitado técnica e humanitariamente para comunicar o prognóstico de morte? A expor ao paciente os objetivos do tratamento centrado não no curar, mas no cuidar?

No novo contexto, deve o médico basear-se na DECLARAÇÃO DE VENEZA (1993) sobre o paciente terminal:

1. *o dever do médico é curar, quando isso for possível, aliviar o sofrimento e agir na proteção dos melhores interesses do seu paciente;*
2. *não fazer exceção a este princípio, mesmo no caso de doenças incuráveis ou malformações;*
3. *este princípio não exclui a aplicação das seguintes regras:*
 - 3.1 – *o médico deve aliviar o sofrimento de um paciente com enfermidade terminal, através da não adoção ou suspensão de um tratamento com o consentimento do paciente ou da sua família imediata, caso esteja impossibilitado de expressar sua vontade. A não implantação ou a suspensão do tratamento não desobrigam o médico de sua função de assistir o paciente que está morrendo e de fornecer-lhe os medicamentos necessários para minimizar o sofrimento nessa fase terminal;*
 - 3.2 – *o médico deve abster-se de utilizar medidas extraordinárias que não tragam benefícios para o paciente;*
 - 3.3 – *o médico pode, quando não for possível reverter o processo final de cessação das funções vitais, aplicar meios artificiais,*

quando os mesmos forem necessários para manter vivos órgãos a serem utilizados para transplantes, desde que se proceda de acordo com as leis do país, ou em virtude de um consentimento formal dado pela pessoa responsável, com a certificação da morte ou da irreversibilidade da atividade vital constatada, por médicos não relacionados com os transplantes ou com o paciente receptor do transplante, devendo os médicos do doador serem totalmente independentes dos médicos que tratam propriamente do receptor.

A exposição dos artigos, dinâmicos e mutáveis, do Código de Ética Médica vigente no país, leva à reflexão sobre os vários questionamentos propostos e faz pensar na necessidade de sua adequação à realidade moderna.

É essencial nova leitura, centrada no paliar, ou mais apropriadamente no cuidar— *“nessa fase, a interpretação da saúde, como bem-estar físico, psicológico, social e espiritual, permite ajustes na valoração que se atribui à vida humana, trazendo a perspectiva da morte não como doença a curar, mas sim parte integrada da vida”* (SILVA, 2004, p. 332)

Obriga a pensar questões bioéticas, como distanásia, beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça, lembrando: *“teremos que ter apenas o cuidado de não vermos na Bioética aquela que trará as respostas prontas, como fosse capaz de dar soluções mágicas na área de sua atuação. Ela trabalha com a legitimidade individualizada dos casos e obrigatoriamente nos remete a pensar com uma argumentação conceitual teórica de aplicação prática”*. (SILVA, 2004, p. 330)

Convida a refletir com Rubem Alves em “Sobre o direito de morrer”: *“a vida humana, diferente da vida dos bichos e plantas, que se mede por sinais biológicos e elétricos, se mede pela possibilidade de alegria que ela contém. Quando essa possibilidade não mais existe, tem uma pessoa o direito de exigir que sua vida biológica não seja mantida por meios heróicos, porque cada pessoa é senhora de sua vida. Há uma hora em que o corpo e a alma desejam partir. Não se deve impedi-*

lo na sua decisão, por meio da força. Ainda que seja a força médica. Fazer isso seria uma crueldade que não se pode admitir". (ALVES)

Ajuda a reconhecer que, diante de uma medicina tecnicista, é preciso aprender a adequar condutas ao verdadeiro benefício ao paciente, ainda que isso signifique ser o poder médico ferido pela aceitação da morte. No entanto, cuidada, que leva a ter significado como parceiro humano do paciente, e a achar significado para a prática médica que deveria ser humanizada em sua essência. Quem sabe, então, ajude a ser encontrado o significado para uma parte da individualidade.

LONGEVIDADE – A VELHICE E A MORTE NO MUNDO MODERNO

“velhice e morte, são desse modo, banidas do discurso oficial, uma vez que velhos e mortos, por não mais se constituírem como força de produção, passam a representar o subproduto do sistema: os primeiros por terem se tornado falíveis, os segundos por radicalizarem essa condição. A morte, constituindo-se como símbolo do fracasso – e portanto de vergonha.

(PY e OLIVEIRA, 2004, p. 137)

Neste capítulo considerarei a morte relacionando-a à longevidade. Vou me valer de produções de gerontólogos, pois é necessidade atual a quebra de mitos, tabus e estigmas criados sobre a velhice.

Comumente se associa morte à velhice, e por isso a recusa em considerar-se idoso. Ou pior, a aceitação, por parte de muitos, de cerceamentos feitos pela sociedade moderna, como se as possibilidades de vivenciar o que quer que se deseje até que a morte chegue pudessem ser ceifadas depois de recebido o rótulo de “velho”. No entanto, a morte não é exclusivista, não tem preferência por raça, credo, idade, sexo – ela abraça todos, sem regras, por motivos que não entendemos, e sobre os quais começamos a filosofar. Como abraça todos, abraça também o velho.

A tendência do ser humano é pensar na morte do outro, o que também acontece em relação ao envelhecimento – o outro envelhece, eu não: *“velhice e morte não habitam o nosso inconsciente, onde mora o desejo e onde somos eternos. Na verdade, elas nos são estranhas. Nós as percebemos como coisas que acontecem aos outros”*. (PY, 2006, p. 9)

Durante a vida ocorrem privações e perdas sucessivas, e assim se ruma ao envelhecimento com o pensamento de que ali sofrerá a maior perda – a vida, pois:

“podemos dizer que envelhecemos embalados pelo desamparo sofrido desde que nascemos, traduzido na expressão de perdas

sucessivas que acompanham a nossa existência. A mais radical das perdas é a perda da vida, a nossa morte”

(PY, 2006, p. 11)

A sociedade moderna cultua fortemente a juventude, ao mesmo tempo em que tende a marginalizar a velhice, que passa a representar o fracasso, a privação, o insucesso, a limitação, a ausência de futuro. Marginalizada a velhice, surge o medo de envelhecer.

“na velhice, confrontamos a chegada da morte, no seu estado concreto, o não-ser, a realidade da aproximação da ausência do futuro. É por isso que o medo da velhice está confundido com o medo da morte, que ainda mais se acentua pela ambiência sociocultural, forte estimuladora do medo da velhice e da morte, na ênfase e no culto à pretensa juventude eterna”

(PY, 2006, p. 12)

Começarei com Mercadante: a autora fala da necessidade de contra-generalização, ou seja, *“uma desconstrução da velhice genérica, apresentando vários jeitos de envelhecer”*. (MERCADANTE, 2005, p. 34)

A importância de discutir a contra-generalização em relação à morte é que há na sociedade vigente o conceito de que o envelhecimento é tão-somente a etapa que antecede a morte. Mas é isso? Também questionado pela autora.

Deve ser considerada a diversidade de velhices. Essa heterogeneidade leva às diferentes formas de viver e conseqüentemente de morrer.

Não se pode pensar no idoso como um ser passivo à espera da morte, pois isso o reduziria à sua parte puramente biológica, e como fala a autora: *“a velhice... além de sua especificidade biológica, localiza-se em uma história e insere-se no sistema de relações sociais”*.(MERCADANTE, 2005, p. 34)

Um idoso sem perspectiva de futuro torna-se realmente sem valor para a vida, pronto para a morte física, completando a morte já instituída de si como sujeito.

Nesse cenário, a sociedade estabelece a morte como perspectiva para o idoso, em seu conteúdo puramente físico, o que a tem tornado fria, distante e principalmente institucionalizada.

Monteiro dá o entendimento que é preciso parar de enxergar somente os atributos negativos na identidade do velho. Esse olhar é bem forte na sociedade atual, pois como cita o autor, *“o modelo do corpo desgastado pelo tempo não condiz com uma sociedade munida de avanços tecnológicos”*.(MONTEIRO, 2005, p. 69)

Aqui poderia ser pensado que esse modelo de corpo desgastado afronta o sonho da imortalidade e leva ao pensamento da morte como fim.

Considerando esse ponto de vista, *“ao invés de nos preocuparmos tanto com as tecnologias avançadas que mudam corpos que enganam a aparência, é preciso uma preocupação maior com o corpo-sujeito, o corpo vivido: sempre velhos corpos que atravessam o tempo”*. (MONTEIRO, 2005, p. 73)

É comum o pensamento associativo entre velhice e morte, porém o mesmo autor descreve que *“a velhice é etapa, não é fim”*, e deve ser frutífera, não se estipulando a passividade de esperar a morte chegar, pois *“viver a velhice com receio da morte não faz sentido”*. (MONTEIRO, 2005, p. 77)

Durante muito tempo sonhou-se com a longevidade. Hoje, ela já próxima, sonha-se com a imortalidade. O medo da morte assombra, tornando-a distante, desacompanhada.

A necessidade de domínio sobre sua finitude é bem caracterizada pelo autor: *“costumo dizer que caso o humano fosse imortal logo inventaria um modo de morrer. Como não é, inventa meios para acreditar na imortalidade”*. (MONTEIRO, 2005, p. 77)

Reafirma a mais intrínseca característica, a finitude, dizendo: *“uma vez na vida só nos resta a possibilidade da morte. Morrer é um processo natural, como viver”*. Ainda alerta: *“o sofrimento reside na resistência”*. (MONTEIRO, 2005, p. 77)

Quanto mais se busca o distanciamento da morte, mais se sofre e talvez mais se deixe de dar sentido à vida. Segundo o autor, *“viver, envelhecer e morrer são processos de conhecimento que nos permitem estar cada vez mais perto de nós mesmos [...] cabe a mim estar comigo, pois ninguém morrerá comigo”*. (MONTEIRO, 2005, p. 78)

Ser velho não é acreditar que seu tempo passou. Tampouco somente esperar a morte chegar. É o tempo de ser e re-significar-se para que talvez então a morte não seja representada como castigo por não se manter *jovem*.

Lopes fala que a velhice não existe isoladamente, mas associada a uma cultura e a um momento histórico, caracterizando o velho como ser em constante processo de transformação.

A autora dá o claro entendimento de como a morte é tormento na sociedade atual: *“se no mundo competitivo o êxito implica a adesão a modelos calçados no encantamento do narcisismo, administrar a proximidade da finitude propiciadora da reconstituição de registros primitivos se torna um tormento inafiançável”*. (LOPES, 2005, p. 86)

A sociedade moderna colocou o idoso na ante-sala da morte, lugar ocupado por quem deixou de procurar o significado em sua vida passada para almejar novas vivências.

Almeida mostra que *“quando indagamos qual o mundo que se abre para o indivíduo que envelhece, o que observamos é que nossa sociedade faz o acento recair somente sobre as perdas”*. (ALMEIDA, 2005, p. 105)

A morte passa a ser “recompensa” para essa fase; perdidas as capacidades utilitárias à sociedade, a morte é evento a se esperar passivamente.

A autora ainda mostra o importante crescimento da população idosa, em parte decorrente de melhorias no âmbito da assistência à saúde. Porém, também alerta que se procura viver mais, com qualidade. E questiona: *“de que vale aumentar a esperança de vida se esta vida a mais for marcada pela dependência e incapacidade, se for uma vida ‘comprada em retalhos’?”*. (ALMEIDA, 2005, p. 106)

Souza descreve o modelo moderno do morrer – o processo em máquinas, em que a confirmação da morte é dada não por uma condição orgânica, mas em traçado isoeletrico na tela do monitor.

Normalmente se espera do médico um milagre, como se pudesse impedir a morte de se aproximar. Distintas pessoas, sem olhar crítico e humano, se apropriam desse poder milagroso (como se pudessem!) e travam uma batalha, por vezes infundável e normalmente desumana, transformando o paciente em meros dados laboratoriais, imagenológicos ou traçados ecográficos. O autor comenta:

“a perda da autonomia nos deixa a mercê das máquinas sob o mote de ‘sobreviver’ a qualquer custo e sabiamente completa: ‘as máquinas podem ser, sem dúvida, muito úteis, mas não podemos nos esquecer quem somos, que vivemos, que amamos, que envelhecemos, que adoecemos e que morremos’”. (SOUZA, 2005, p. 212)

Côrte destaca a busca da imortalidade: *“a biotecnologia também busca a imortalidade. A humanidade sempre almejou a imortalidade. É a fantasia final, uma fantasia que também está em curso em todas as tecnologias modernas”*. (CÔRTE, 2005, p. 254)

A autora se reporta a Baudillard e ao filme “O homem bicentenário” para ratificar: *“o que dá status ao que é humano: sua finitude. Apesar de todos os avanços biotecnológicos que poderão perpetuar o homem, o que dá sentido ao ser humano é a iminente e certa mortalidade”*. (CÔRTE, 2005, p. 255)

Maldonado fala que a morte não é “problema”, mas “mistério”– *“é mais que uma simples dimensão da existência. A única possibilidade de ‘conhecimento’ que resta é aquela da morte do outro’*. (MALDONADO, 2003, p. 19)

Achei no texto vínculo direto com o conteúdo desta dissertação quando o autor escreve:

“... as grandes religiões, as filosofias, as “visões de mundo” propõem modos os mais diversos para captar a realidade da morte e para colocar a própria vida em relação com a morte. Coloca-se aqui a importância do símbolo que, ocultando e revelando, ao mesmo tempo, recoloca a morte na dimensão psicológica: lá onde a morte é assumida como pulsão, há inevitavelmente o símbolo de revelá-la”. (MALDONADO, 2003, p. 24)

Pondé utiliza-se da metáfora médica do paciente de Rosenzweig para dizer que a felicidade está associada a um ativismo biológico, ou seja à juventude. Mas um dia essa mesma natureza biológica nos conduzirá ao processo último e necessário da fisiologia: a morte, e sua crônica anunciada: o envelhecimento.

Transcreverei o texto original por concordar com o autor: *“por isso, ‘médico’ Rosenzweig reconhece que, ao devolver a saúde à razão, devolve o paciente à consciência da morte”.* (PONDÉ, 2003, p. 32)

É o relato do próprio autor:

“nós nos batemos contra o medo de viver, contra o desejo de pisar fora da corrente; agora podemos descobrir que a doença da razão era puramente uma tentativa de fugir da vida. O homem, congelado como uma pedra, na torrencial corrente da vida vê como aquele famoso Príncipe Hindu, a morte esperando por ele. Então, ele sai da vida. Se viver significa morrer, ele prefere morrer. Ele escolhe a morte na vida.

Escapa da inevitabilidade da morte adentrando a paralisia da morte artificial.

Libertamo-nos de sua paralisia, mas somos incapazes de impedir sua morte; nenhum médico pode fazer isso; nós o ensinamos a viver; entretanto, cada passo que ele dá leva-o mais perto da morte.

Não há remédio para a morte, nem mesmo a saúde. Um homem saudável tem a força para continuar em direção ao túmulo. O homem doente invoca a morte e deixa-se levar por um medo mortal.[...] a saúde está em paz com a morte.

Ela sabe que quando o Aterrorizante Ceifador vier, ele retirará sua máscara de pedra e tomará a chama faiscante das mãos ansiosas, amedrontadas e desapontadas do Irmão Vida; ele sabe que a despedaçará contra o solo, extinguindo-a [...] Sabe que será aceito nos braços abertos da morte. Os lábios eloqüentes da vida são silenciosos e Aquele eternamente silencioso falará:

‘Você me conhece? Sou seu irmão’”. (PONDÉ, 2003, p. 32)

Nota-se total identificação com comportamentos do cotidiano.

Endo afirma que o modelo atual determina:

“a partir de uma certa idade você tem que esperar a morte, você não tem mais nada a fazer no meio social, você espera a morte da melhor maneira que puder, e não é só uma sugestão, vamos dizer assim, há uma certa insistência nisso”. (ENDO, 2002, p. 63)

É essa a imposição social: *“olha, você já aproveitou o que tinha que aproveitar, agora trate de morrer”*. Obriga o velho carregar culpa por existir. E se veja à beira do caminho esperando a morte chegar, vista como punição ao estorvo que é ser velho.

Revedo os textos constata-se que a velhice é compreendida como sinônimo de morte – como se não atingisse jovens e crianças!

A morte passa a ser vista como punição ao ser velho, paradoxal dentro de uma sociedade que busca incessantemente a longevidade e a imortalidade.

Esse modelo que estimula a longevidade e marginaliza o idoso gera pensamento ambíguo: *“para que viver?”* e *“por que desistir de viver?”*

“a velhice, senhora hábil em vulnerar-nos a saúde e fragilizar-nos as capacidades, provoca-nos a, pelo menos, dois modos de reflexão. Um deles é o desmerecimento da existência humana: – Para que viver muito se vou envelhecer, adoecer e morrer? Outro é a impulsão para a descoberta de novas possibilidades, no fluxo constante do vir a ser: – Para que sair de cena se posso, sempre, transformar meu personagem?”

(PY, 2006, p. 13)

Caberá a cada um, baseado em possibilidades emocionais, escolher a melhor atitude.

Como citado em alguns textos, o ser humano é tomado pela fantasia da imortalidade. Mas se fosse mortal, por certo daria um jeito de morrer. Após conseguir a longevidade, a sociedade deseja a morte dos mesmos.

Tótorá traz a discussão da ética da vida e do envelhecimento e fala que na velhice o tempo se esvai e a morte se torna mais próxima. Por isso o não querer envelhecer. Como se o tempo pudesse ser estancado e não houvesse morte em outras fases da vida..

Reforça que a sociedade moderna desencadeia aversão à velhice. Velho é sempre o outro, fase das carências e das perdas *“em uma cultura que valoriza os excessos de prazeres e o culto da felicidade como ausência de sofrimento, doença e dor, ser velho é privação”*. Porém, *“não se trata mais de situar a velhice enquanto um estado de carência ou perda, mas sim como um modo de vida singular”* (TÓTORA, 2006, p. 36)

A autora sabiamente mostra, no tocante à morte, que *“querer uma vida sem doença, dor e morte é o mesmo que dizer não à própria vida”*, acrescentando: *“a velhice... deixa de ser uma fase cronológica e passa a constituir-se em uma atitude para fazer a vida saciar-se a cada momento como se fora o derradeiro dia. Viver o infinito da vida no finito de cada instante”*. (TÓTORA, 2006, p. 45)

Ouso utilizar uma fala da autora para exprimir sentimento em relação à morte; acontecimento do qual os humanos não podem se abster de experimentar. Sendo assim, cabe viver com as maravilhas da vida e apesar das dores.

“atribuir à vida o estatuto de acontecimento, à maneira dos estóicos, significa que a única escolha possível é viver, com todas as maravilhas e dores deste mundo. Ora, não se trata, com isso, de um mero conformismo, ou falta de liberdade, mas sim de sermos dignos do que nos acontece”. (TÓTORA, 2006, p. 34)

Reportar-me-ei à literatura, na palavra de Saramago, no livro “As intermitências da morte”. O autor, de forma espetacular, diz que, alcançada a imortalidade, o homem buscaria incessantemente e a todo custo a morte.

No contexto da morte ter suspenso suas atividades:

“antes, no tempo em que se morria, nas poucas vezes que me encontrei diante das pessoas que haviam falecido, nunca imaginei que a morte delas fosse a mesma de que eu um dia viria a morrer. Porque cada um de nós tem sua própria morte, transportando-a consigo num lugar secreto desde que nasceu, ela pertence-te, tu pertence-lhe... Cada qual com sua morte. Assim é. Então as mortes são muitas, tantas como os seres vivos que existiram, existem e existirão”. (SARAMAGO, 2005, p. 73)

A morte ocorre diariamente. O incômodo aparece quando passa a ser notada.

Morrer é natural, assim como natural é querer esquivar-se da morte, na ilusão de ser possível.

Em seu romance, Saramago descreveu que a morte só se torna alarmante quando se multiplica; porém, sabiamente demonstra como também será alarmante a sua ausência. O ritmo de viver seria rompido e isso traria transtornos, mesmo para aqueles que sempre desejaram o fim da morte para que ela não se tornasse seu fim.

A sutileza do autor mostra como a morte fica “magoada” com a incompreensão dos homens sobre si.

“... ela também tem seus sentimentos. Magoada porque os seres humanos tanto a detestam, a morte resolve mostrar como, no fundo, eles são uns ingratos”. (SARAMAGO, 2005)

Ainda mostra que o silêncio da morte tem significado muito maior do que se pode supor, não sendo ato premeditado, mas talvez de solidão em si mesma.

“morte onde estive a tua vitória, sabendo no entanto que não receberá resposta, porque a morte nunca responde, e não é porque não queira, é só porque não sabe o que há-de fazer diante da maior dor humana”.

(SARAMAGO, 2005, p. 126)

A morte cumpre sua função de mantenedora do ciclo da vida; se rompido, gera transtornos múltiplos.

“no dia seguinte ninguém morreu. O facto, por absolutamente contrário às normas da vida, causou nos espíritos uma perturbação enorme”.

(SARAMAGO, 2005, p. 11)

Finalmente, também considera que a morte, se lhe fosse possível, pararia, a bem dos homens e ao seu mesmo, quando deixaria de ser incompreendida, de matar. Tornar-se-ia amante dos homens e da vida.

Por fim, Saramago lembra que *“se filosofamos é por saber que morremos. Filosofar é aprender a morrer”*. O ser humano, desde que nasce, mesmo sem saber, filosofa.

Fundamentado nisto, foi escolhido o conteúdo desta dissertação sob aspecto filosófico, para ser feita a leitura a partir de olhar humanizado sobre característica humana – a morte.

*“... lembra-te que medicina sempre esteve associada
ao sacerdócio, pois há campo maior para a medicina
do que o corpo e um médico deve tratar também
a alma de seus pacientes...”*
(CALDWELL, 2002, p.266)

CUIDADOS PALIATIVOS – A RETOMADA DA ESSÊNCIA DA MEDICINA

*"como o hospice moderno começou ouvindo os
pacientes, deixemos que o paciente tenha a última
palavra: solidão não é tanto uma questão de
estar sozinho, como de não pertencer"*
(PESSINI E BERTACHINI, 2006, p. 29)

A MITOLOGIA SIMBOLIZANDO OS CUIDADOS PALIATIVOS

Iniciarei o capítulo conhecendo o Mito de Quirão, o qual pode ser tomado como a representação do que sejam os Cuidados Paliativos.

Conta o mito:

“Conhecido como o mais justo dos centauros, como o educador modelo ou ainda como o médico ferido, Quirão nasceu da união de Crono com a oceânica Filira. A narrativa grega afirma que Crono, temendo represálias da esposa Réia, uniu-se a Filira sob a forma de cavalo, o que levou Quirão a nascer com o corpo de um equino e com a cabeça de homem. Por ser filho de Crono, Quirão pertencia à família divina de Zeus e era imortal, ao contrário dos outros centauros, que eram selvagens e violentos.

Quirão vivia numa gruta, em companhia da mãe, e tinha saber enciclopédico, o que fazia dele um mestre das artes, da guerra e da caça, da mântica (arte divinatória), da equitação, da música e da ética. Foi educador de muitos ‘jovens históricos’ e heróis míticos, que eram treinados pelo grande mestre nos ritos iniciáticos. Os melhores tinham o direito de participar da vida política, social e religiosa da polis. Aos heróis, os ritos iniciáticos incorporavam a

indispensável força espiritual para enfrentar quaisquer tipos de monstros. Foram seus discípulos Jarsão, Asclépio, Aquiles, Dióscuros Castro e Pólux, entre outros.

É, sobretudo na medicina que o benfazejo centauro se destaca. A mitologia grega conta que Quirão cuidava dos pacientes com zelo e compaixão, curando seus males e feridas.

Conta-se que Quirão foi ferido acidentalmente por uma flecha envenenada, disparada por Hércules e dirigida ao centauro Élato. O projétil varou o coração do último e depois atingiu Quirão.

Recolhido à sua gruta, Quirão tentou, com todos os unguentos, sarar a ferida, mas foi em vão. O ferimento era realmente incurável e o centauro desejou morrer, mas não conseguia porque era imortal. Por ser um médico ferido, dizia-se que Quirão entendia o sofrimento de seus pacientes.

Para livrar-se da dor permanente e da ferida incurável Quirão aceita trocar sua mortalidade com o mortal Prometeu, e pôde finalmente descansar. Então, foi catasterizado na constelação de Sagitário, simbolizando o vôo da flecha, que através do conhecimento se ultrapassa e se transforma de um ser animal em espiritual” (BRITO)

O SURGIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Não é recente o surgimento dos Cuidados Paliativos. Há o ressurgimento de uma filosofia que vem de tempos longínquos. Já na Idade Média tinha-se o reconhecimento dessa instituição como função não meramente curativa, mas de caridade, amparo total (que é a base da proposição atual). Nessa época já se ofereciam os cuidados físicos e se enfatizava o bem-estar espiritual, principalmente porque essas instituições normalmente eram religiosas. Passou-se a contrariar a tradição hipocrática, que não recomendava o tratamento dos doentes incuráveis e

terminais. Sacerdotes, missionários e religiosos passam a oferecer auxílio a enfermos e moribundos.

Analisando a história, vários foram os precedentes do *hospice*, local onde existe filosofia de trabalho voltada para o cuidado, quando a cura não é mais esperada. Porém, sua fundamentação se dá com Cicely Saunders (1918-2005), inglesa que se preocupou com o cuidar, executou ações e divulgou essa área não como uma instituição a mais para os cuidados de enfermos, mas local especial, destinado a proporcionar bem-estar, conforto e suporte físico e emocional ao paciente fora de possibilidade terapêutica de cura, e atenção à sua família. Seu princípio não é a cura, mas os cuidados que permitam ao paciente viver seus dias com dignidade, obtido inicialmente pelo adequado controle dos males físicos, estendido ao apoio emocional e espiritual. Não visa retardar ou acelerar a morte ou muito menos ignorá-la, mas oferecer cuidados técnicos e humanitários.

Recordarei a história de Cicely, baseado em citação de Monteiro Lobato – “*não há na vida grande realização que não comece por um sonho*”. Ela nasceu em Barnet, Londres, 1918, iniciou seus estudos em Política, Economia e Filosofia, como era a vontade de seus pais. Em 1939, longe dos pais e iniciada a Segunda Guerra Mundial, decidiu que deveria dar novo rumo à sua vida. Entrou para a Faculdade de Enfermagem e passou a trabalhar no St. Thoma’s Hospital Nightigale School, em Londres. O árduo trabalho com os enfermos começa a trazer-lhe problemas físicos.

Já graduada em Enfermagem, em 1944, sofrendo com os problemas físicos, porém não querendo abandonar o auxílio aos doentes, decidiu graduar-se em Política e Administração Pública e Social, quando poderia ser trabalhadora social e sanitária. Cicely, até então atéia, questiona-se sobre o porquê dessa dedicação. Encontra a resposta na fé. Converte-se ao cristianismo e dedica-se ao atendimento dos moribundos como forma de agradecimento a Deus por sua conversão e fé.

Nessa época, 1947, como trabalhadora social sanitária, passa a atender David Tasma, judeu de 40 anos de idade, portador de câncer inoperável, que procurava alguém que o ajudasse a terminar sua vida consciente do seu valor pessoal. Da

relação, que se estreitou afetivamente, surge uma das mais determinantes influências do que mais tarde seria o *hospice*.

Na convivência Cicely compartilha com David a experiência de ajudar outros pacientes terminais; nasce o pensamento conjunto da criação de um local de apoio a todos os que sofrem. Ela compreendera ser necessário dar novo espírito à terapia, acompanhando-a de atenção e amizade.

Em 1948 David Tasma falece e deixa 500 libras para a criação do *hospice*, o que aconteceu 19 anos mais tarde – “*uma fusão característica do saber clínico aprofundado de compaixão*” (BARCELOS, 2002).

Cicely dedicava-se cada vez mais aos cuidados dos moribundos, trabalhando também às noites. Um médico, Dr. Barret, lhe disse: “*se você quer ajudar os enfermos vá estudar medicina, pois são os médicos os que mais abandonam os pacientes*”. (BARCELOS, 2002)

Ao 33 anos Cicely ingressa na Faculdade de Medicina, porém não deixa de trabalhar como voluntária nos cuidados aos doentes.

De 1958 a 1965 trabalha em hospital de caridade, o St. Joseph’s Hospice, avaliando e monitorando o controle da dor e outros sintomas do paciente. No St. Luke’s institui os cuidados controlados e seu trabalho passa a ser reconhecido. O sonho do *hospice* continua a crescer e agora a florescer – “*ela aprende tudo o que pode e sonha em construir um lugar para trabalhar assim, para investigar mais e ensinar a outros*”. (BARCELOS, 2002)

Em 1961 funda-se o St. Christopher’s Hospice, sendo estruturadas as suas atividades em 1967, com a seguinte declaração de abertura – “*o St. Christopher’s Hospice está baseado na fé cristã em Deus através de Cristo. Seu objetivo é expressar o amor de Deus a todo aquele que chega e de todas as maneiras possíveis; na destreza da enfermagem e dos cuidados médicos, no uso de todos os conhecimentos científicos para aliviar o sofrimento e o mal-estar, na simpatia e atendimento pessoal com respeito à dignidade de cada pessoa como homem que é apreciada por Deus e pelos homens. Sem barreira de raça, cor, classe ou credo*”. (HERNÁNDEZ, 2002)

Posteriormente surgem os Cuidados Paliativos domiciliares, extensão do atendimento do *hospice*. A filosofia do *hospice* se difunde. Segundo Cicely Saunders:

“os Cuidados Paliativos se iniciam a partir do entendimento de que cada paciente tem a sua própria história, relacionamentos, cultura, e que merece respeito, como um ser único e original. Este respeito inclui proporcionar o melhor cuidado médico disponível e disponibilizar a eles as conquistas das últimas décadas, de forma que todos tenham a melhor chance de viver bem o seu tempo”.

(PESSINI e BERTACHINI, 2006, p. 14)

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) E OS CUIDADOS PALIATIVOS

Com a crescente necessidade da assistência de Cuidados Paliativos, em 1990 surgiu sua definição, estabelecida pela OMS:

“cuidado ativo total de pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. Controle da dor e de outros sintomas e problemas de ordem psicológica, social e espiritual são prioritários. O objetivo dos Cuidados Paliativos é proporcionar a melhor qualidade de vida para os pacientes e seus familiares”.

(PESSINI e BERTACHINI, 2006, p. 15)

Em 1992 há reformulação deste conceito pela própria OMS:

“Cuidados Paliativos é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual”.

(PESSINI e BERTACHINI, 2006, p. 16)

A partir desse conceito, os Cuidados Paliativos, oferecidos somente quando da morte iminente, ocorrem desde o estágio inicial da doença classificada como avançada, progressiva e incurável, para que efetivamente se possa promover o alívio do sofrimento a partir de um atendimento holístico, o que deve ser adaptável a cada individualidade.

São princípios fundamentais dos Cuidados Paliativos:

- prover o controle da dor e dos sintomas correlatos, o que deve ser conseguido pela avaliação de cada caso individual e do livre acesso às medicações necessárias, sobretudo os opiáceos;
- considerar a morte como parte natural da vida e não como um fracasso da medicina curativa ou uma impossibilidade da medicina paliativa, porém oferecendo qualidade de vida ao paciente, favorecendo o bem-estar, na abordagem holística, em seu tempo final de vida;
- não lhe abreviar a vida (eutanásia), nem prolongá-la por meio de uma morte prolongada e sofrida decorrente de tratamento médico (distanásia). O necessário é ser oferecido atendimento que permita qualidade de vida, para vida ativa e com significado, o quanto possível;
- oferecer apoio à família que sofre tão ou mais intensamente, no aspecto emocional, que o paciente, o que deve ser estendido até a fase do luto;
- integrar ao atendimento os aspectos psicológicos e espirituais, respeitando as crenças individuais;
- oferecer um cuidar interdisciplinar objetivando suprir adequadamente as necessidades do paciente, baseado no reconhecimento das limitações e necessidade de apoio que cada profissão tem;
- investir em qualidade de vida, que não significa apenas o controle de sintomas físicos, e entender que esse conceito só pode ser definido pelos pacientes de forma individual, e que mesmo nesses pode haver alteração em diferentes fases do processo;

– iniciar, de forma precoce, os Cuidados Paliativos, não esperando a morte iminente para aplicá-los, podendo assim oferecer o controle da dor total, evitando-se sofrimento e valorizando a pessoa em seu caráter humanitário. (PESSINI e BERTACHINI, 2006, p. 24-26)

CUIDADOS PALIATIVOS – A NOVA REALIDADE MÉDICA

Conhecendo a complexidade do quadro de um paciente terminal, não aquele por quem não se pode fazer nada e sim que não mais responde às medidas terapêuticas de cura, mas por quem muito ainda há o que se fazer, e em decorrência da tendência dos diversos profissionais a “desistir” desses pacientes, deve ser entendida e praticada a especialidade de Cuidados Paliativos, que visa ao atendimento das necessidades globais do paciente.

Trabalhar com Cuidados Paliativos exige do profissional convicção íntima sobre atendimento humanizado que envolve aspectos emocionais delicados, principalmente quando se considera a inter-relação com o paciente, seus familiares e os membros da equipe de saúde. Exige o reconhecimento do não saber, do ser limitado, do ser finito e o resgate, constante, de seus ideais, esperanças e sonhos.

“em algum ponto, em toda profissão, faz-se necessário um retorno às raízes. De vez em quando temos que resgatar o que queríamos ser, voltar a nossos ideais iniciais e nossas esperanças e sonhos. Se não recordarmos de onde começamos, ou nos esquecemos de verificar periodicamente a maneira como estamos procedendo, é fácil perder-nos no caminho”.

(DRANE e PESSINI, 2005, p. 65)

No entanto, ainda hoje é notada interpretação errônea sobre os Cuidados Paliativos, vistos com certo valor depreciativo a partir da medicina curativa.

“quando se ouve falar de uma ação ou medida paliativa, o entendimento do senso comum é de que se trata de uma ação ou

medida que na verdade não resolve um determinado problema ou desafio, mas apenas ‘coloca panos quentes’ e a realidade permanece inalterada”.

(PESSINI e BERTACHINI, 2006, p. 5)

A proposição de Cuidados Paliativos é permitir que a pessoa viva intensamente seus dias finais e não somente se mantenha viva, partindo da idéia de que mais vale acrescentar vida ao tempo do que tempo à vida – “*os Cuidados Paliativos não são a antítese da cura, mas a constatação da realidade em situações onde a busca pela cura pode ser uma mera ilusão*” (Consenso, 2002) ou

“a medicina paliativa afirma a vida e reconhece que o morrer é um processo normal no viver. Não busca nem acelerar nem adiantar a morte. Não está obcecada pela tirania da cura e se opõe à eutanásia”.

(PESSINI, 2004, p. 186)

São três os valores a considerar nos Cuidados Paliativos: dignidade, que significa a possibilidade de existir com o menor sofrimento possível até os últimos momentos da vida. Competência, que representa a possibilidade de o paciente ser considerado como ser humano, que tem o direito de saber sobre si, merecendo comunicação direta e clara, mas ao mesmo tempo sensível a seu possível desejo de não querer saber sobre si. Autonomia, que se refere à possibilidade de o indivíduo poder assumir o controle da sua própria vida, e tomar decisões em conjunto com a equipe de saúde e a família no que se refere ao tratamento e curso de sua vida, se assim o desejar.

O que se procura no atendimento de Cuidados Paliativos é a humanização do atendimento, fugindo do sistema convencional de hospitalização, pois “*a hospitalização é um dos elementos que mais atingem a identidade do paciente, que já deixa suas roupas à entrada, sofrendo um processo de despersonalização e da perda de autonomia e do poder de decisão*”. (CARVALHO, 1999, p. 326)

O cuidar humanizado exige esforço das pessoas para serem superados todos os obstáculos que se apresentam, pessoais, bioéticos e institucionais. Exige amizade entre os envolvidos, pois só assim pode-se pensar em liberdade e cumplicidade, tão necessárias nos Cuidados Paliativos.

“como acontece com todas as amizades, uma amizade médica é caracterizada por um apropriado equilíbrio entre a ajuda e o não interferir no jeito do ser humano. O profissional amigável faz o que é melhor para o paciente, mas não o faz à custa da liberdade do paciente”.
(DRANE e PESSINI, 2005, p. 64)

Busca-se a criação de um serviço com profissionais que entendam e compartilhem a visão do paciente, dispondo-se a cuidar quando o curar não é mais possível. Visando ensinar e aprender a cada dia, não só o técnico, como o humano, e a aceitar as limitações humanas e procurando ajudar o próximo.

“a humanização dos cuidados em saúde pressupõe considerar a essência do ser, o respeito à individualidade e a necessidade de construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitimem o humano das pessoas envolvidas”.
(PESSINI, 2004, p. 3)

Os Cuidados Paliativos baseiam-se nos princípios da benignidade humanitária centrada no conceito de beneficência e não-maleficência.

“aplicando-os em um contexto em que o paciente é personalizado e não apenas uma cifra burocrática ou uma patologia a ser vencida, o médico promove com o doente um relacionamento de compaixão e parceria. De compaixão não tanto no sentido de um sentimento de pena da pessoa que sofre, mas no sentido originário da palavra, em que a tônica cai na noção de padecer com alguém, de entrar no mundo de alguém e compartilhar sua paixão, seu sofrimento. De parceria no sentido de que o médico, reconhecendo as próprias

limitações, deixa de se distanciar do doente, e reconhecendo que o paciente também é pessoa, com sua própria história, com seus conhecimentos, com sua liberdade e seus condicionamentos, procura provocar situações nas quais se podem somar conhecimentos técnicos e humanos e em que a autonomia do médico e a autonomia do doente são devidamente respeitadas e mutuamente enriquecedoras”.

(MARTIN, 2002, p. 87)

A IMPLANTAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS E A INTERDISCIPLINARIDADE

Não é segredo que o sistema médico do Brasil é precário e passa por uma série de dificuldades. As instituições que se apresentam, não raro, funcionam sob precárias condições, inclusive para o atendimento básico essencial.

Dentro desse sistema falido de saúde convencional fica inviável se pensar na instalação de uma unidade de Cuidados Paliativos, principalmente porque a legislação de saúde atual não prevê a internação do paciente fora de possibilidade terapêutica de cura, caso não haja condição aguda.

O que fazer então? Desistir? Por certo que não. Cabe a cada um, consciente dessa necessidade, trabalhar para as mudanças, concretizando sonhos e crenças pessoais, minorando o sofrimento dos pacientes. Com o tempo, quem sabe, sejam conscientizados outros profissionais e o sistema. Vale considerar:

“será que se soubéssemos a razão exata das doenças e dos sofrimentos isso deixaria as pessoas menos revoltadas? Minha conclusão é que as doenças e o sofrimento não estão aí para serem explicados e sim cuidados. Algo que pode ser de ajuda é, em vez de perguntar o porquê do sofrimento, perguntar o que pode ser feito para aliviar as doenças e o sofrimento”.

(BALDESSIN, 2002, p. 37)

São metas do trabalho de Cuidados Paliativos:

– diminuir ou aliviar os sintomas desagradáveis e o sofrimento; acolher o medo e lidar com o isolamento dos pacientes; garantir a manutenção da qualidade de vida; envolver as pessoas de diversas instituições religiosas e conselheiros espirituais, reconhecendo as necessidades espirituais dos pacientes e familiares; envolver os pacientes e famílias na escolha das decisões para o futuro; garantir a continuidade do cuidado e a promoção de serviço de assessoria com a comunidade e unidades especializadas em Cuidados Paliativos; garantir a privacidade, resgatando a identidade pessoal; oferecer a informação e o suporte necessários à família; reconhecer a necessidade de uma comunicação aberta e honesta com os pacientes e suas famílias; sempre manter grupo interdisciplinar de altíssimo nível de disposição; promover suporte e estrutura de apoio à equipe de atendimento médico, montando-se estrutura para a educação interdisciplinar que pode ser oferecida por meio de aulas formais e protocolos de atuação clínica, checando as áreas de desenvolvimento e interesse, como o controle dos sintomas e temas sobre o impacto emocional da morte.

Aprofundando o conhecimento sobre doenças, tratamentos, atendimentos, há a necessidade da contribuição de outros profissionais, médico ou não, para precisar não só o diagnóstico, reavaliando-o constantemente, mas a elaboração de uma melhor estratégia terapêutica, o que a complexidade de muitas enfermidades exige, permitindo intervenção tecnicamente mais adequada e humanamente mais digna ao paciente.

Normalmente essa equipe interdisciplinar deve constar de médico, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, cirurgião dentista, assistente social, religiosos, voluntários treinados, familiares e demais áreas profissionais que possam contribuir para o controle da dor, a manutenção da capacidade funcional, motivacional e sensorial, para que se evitem as complicações, se promova a reabilitação, se tenham suporte emocional e espiritual e adequada relação entre a instituição, pacientes e equipe interdisciplinar, aceitando

que a grande tarefa reside no reconhecimento do não saber e da necessidade de interagir conhecimentos, transformando o trabalho de assistência ao paciente em um aprender e compartilhar.

O trabalho interdisciplinar deve estar baseado nos quatro princípios da bioética: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. Aceitar que a grande tarefa reside no reconhecimento do não saber e da necessidade de interagir conhecimentos.

A VELHICE E OS CUIDADOS PALIATIVOS

Na velhice há a necessidade dos Cuidados Paliativos decorrente de inúmeras alterações biológicas que normalmente se apresentam nessa faixa etária. Alterações agravadas por fatores externos e principalmente pela falta de adequado acesso a um efetivo atendimento de saúde. O idoso dificilmente tem acesso a esses cuidados, pois a velhice é vista como a última etapa antes da morte. E não se pode fazer mais nada; o cuidar naturalmente não faz parte dessa etapa.

“existe considerável evidência de que as pessoas idosas sofrem desnecessariamente, por causa de uma falta de avaliação generalizada e tratamento de seus problemas e falta de acesso a programa de Cuidados Paliativos”.

(PESSINI e BERTACHINI, 2006, p. 39)

Antes de reconhecer a necessidade da incorporação dos Cuidados Paliativos à velhice deve haver incorporação do reconhecimento do valor da velhice. Não é somente fase, mas parte integrante da vida do ser. Toda pessoa, e especialmente os médicos, devem rever conceitos sobre Geriatria e Gerontologia, e procurar conhecer os Cuidados Paliativos não como uma área que cuida daqueles que não têm mais chance para a vida, mas filosofia que nos remete à essência da medicina.

“os que cuidam dos idosos podem reconhecer que a morte é o resultado mais comum para todos os seus pacientes? A Gerontologia pode aceitar Cuidados Paliativos de qualidade como uma necessidade essencial para os pacientes?”

(PESSINI e BERTACHINI, 2006, p. 39)

Deve-se reconhecer a necessidade do idoso receber Cuidados Paliativos, e pensar não somente no alívio da dor, mas do sofrimento. Quando então, obrigatoriamente, há que se considerar o conceito de dor total, bem estabelecido por Cicely Saunders, que engloba aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais do paciente.

Fundamenta-se no conceito de dor total, ainda que possa parecer item de pouca importância, a espiritualidade é essencial no processo de morte iminente, talvez a forma de se estabelecer ou resgatar vínculos, no momento de ouvir a voz interior, lembrando:

“espiritualidade é definida como ‘uma tendência inata em direção a Deus ou a uma Força Superior’. Ela surge de nossa relação entre nossa busca por sentido e transcendência (Deus ou uma Força Superior). A existência de uma dimensão transcendente num relacionamento dá o sentido de pertença a algo maior que o próprio ser humano”.

(PESSINI e BERTACHINI, 2006, p. 52)

A MORTE COMO EVENTO FINAL DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Ainda que seja a única certeza da existência humana, a morte não é pensada no dia-a-dia. É atitude inconsciente rejeitá-la; encarar a morte nunca é uniforme a todos, cada um personifica a maneira de morrer de acordo com a maneira de viver. Porém, durante a fase de Cuidados Paliativos, não há como não se considerar sua ocorrência; ao contrário, deve ser grande e suavemente incluída como parte integrante da vida, lembrando: *“para cada coisa há uma estação e um tempo para cada propósito sob o sol, um tempo de nascer e um tempo de morrer”.* (Ecl 3,1-2)

Com o avanço médico e tecnológico, a morte deixou de ser natural, mas interpretada como fracasso, e a sofrer intensa intervenção técnica, principalmente nos pacientes graves ou naqueles fora de possibilidade terapêutica de cura.

Na atualidade deve-se reconhecer que, no processo de morte iminente, quando a medicina já não dispõe de capacidades técnicas para impedi-la, deve basear-se, sobretudo, em capacidades humanitárias para acompanhar o paciente em sua partida. Fazer-se próximo é o essencial.

“os pacientes... precisam ter certeza de que não serão abandonados, e de que suas preocupações e ansiedades não vão ser ignoradas”.

(DRANE e PESSINI, 2005, p. 134)

Diante de todo o avanço da medicina, a morte não pode ser mais sofrida, no sentido daquele que padece. Deve ter controle médico, institucionalização, deixando de ocorrer em casa, dentro do “controle religioso”. Porém, esse avanço técnico nem sempre confere ausência de sofrimento, físico ou sobretudo psíquico. No intuito de retardar a morte, por vezes há invasão da privacidade ou abandono humano, os quais podem ser piores do que a própria morte.

Adoecer e morrer se tornaram impessoais. Tudo tecnicamente programado, lógico, esperado, porém despersonalizado. Toda atenção voltada ao fisiológico e patológico, esquecendo-se o aspecto emocional, que inclusive pode ser o modificador do fisiológico. A tecnologia anula o ser humano que há no paciente.

Vivenciar a morte é experiência pessoal, mas normalmente se descreve que os pacientes passam por cinco fases, tão bem estipuladas por Ross (1969): negação, raiva, barganha, depressão a aceitação.

A importância do reconhecimento das fases, do morrer baseia-se no fato de que todo ser humano deve poder viver o seu processo de morte, exercendo sua liberdade de escolha no que julga o melhor para si próprio.

As fases:

– Fase da negação

“Não, eu não. Não pode ser verdade”

Invariavelmente ocorre com todos. Primeira manifestação verbal contra a morte sempre negada inconscientemente.

O “veredicto” de morte é atribuído ao erro médico, à troca de exames. Por fim, outro médico é consultado, pois alguém há de lhe dizer o contrário.

Defesa temporária, a qual conduz à aceitação parcial. Por isso a necessidade de dar tempo ao paciente para se recuperar. A maioria não se mantém na negação indefinidamente.

– Fase da raiva

“Por que eu? Por que não ele?”

Quando não se pode mais manter a negação, surge a fase da raiva, revolta, inveja, ressentimento.

Revolta inicial contra Deus. Depois, os médicos, que “não sabem nada”; os enfermeiros – ineficazes –; os familiares e conhecidos são recebidos com pouco entusiasmo.

Cabe compreender os sentimentos e o sofrimento do paciente, que agora se certifica da finitude da vida. Coloquemo-nos no lugar do paciente.

– Fase da barganha

“Eu vou mudar, prometo”

Essa fase dura curto espaço de tempo. Surge quando da certificação de que a revolta não surtiu efeito. O pensamento é – se não me atendeu na raiva, talvez eu deva ir com calma.

A maioria das barganhas ocorre com Deus e em segredo, independentemente do grau de religiosidade do paciente.

– Fase da depressão

“Tudo cede e há um sentimento de grande perda”

Quando chega a fase da depressão, o paciente está esvaído de seu ânimo. Tudo cede e há sentimento de grande perda, o que ocorre por causa da própria doença ou associação a outros fatores.

O paciente realmente necessita de acompanhamento psicológico. A vivência dolorosa, agravada por processo depressivo, resulta em piora da qualidade de vida.

O paciente está deprimido por causa dupla – perdendo aqueles que ama e a sua vida. Importante recordar: *“que lhe dizer para não ficar triste seria contraproducente, pois todos nós ficamos profundamente tristes quando perdemos um ser amado”*. (ROSS, 1985, p. 97)

– Fase da aceitação

“Eis que o dia clareou e a lâmpada que iluminava meu canto escuro apagou-se”

Todo aquele que teve tempo necessário e ajuda suficiente para superar as fases no enfrentamento da morte vai aceitá-la. Há tranquilidade por parte do paciente – *“é como se a dor tivesse esvaecido, a luta tivesse cessado e fosse chegado o momento do repouso derradeiro antes da última viagem”*. (ROSS, 1985, p. 120)

O novo estado do paciente não deve ser confundido com piora da depressão. Fase em que a família é quem mais precisa de ajuda e apoio; muitas vezes não compartilham a aceitação, como o paciente.

– Fase da esperança

“A esperança é a última que morre”

Não uma sexta fase, mas característica intrínseca do ser humano, estará presente em todo o processo de morte, inclusive na aceitação. Sempre servirá de conforto no enfrentamento de situações difíceis. Por isso, os profissionais da equipe interdisciplinar devem fazer suas as esperanças do paciente, para que algo mude o rumo dos acontecimentos.

Ainda que o tempo de morrer possa ser angustiante ao ser humano, representando talvez o momento mais crucial de sua existência, temos que reconhecer o seu valor e respeitá-los, pois

“... tem um sentido, mesmo se este nos escapa. É o tempo das últimas permutas da vida, o tempo de fechar o círculo, o tempo de preparar-se para passar para a ‘outra vida’, seja qual for a representação que se tenha, e mesmo se a outra vida permanece um mistério completo”.

(HENNEZEL, 1999, p. 40)

Auxiliar uma pessoa em seu sofrimento diante do processo de morte é tarefa árdua, que nem podemos classificar de “possível”, pois para isso há a necessidade de uma compreensão emocional por vezes inatingível.

“compreender o que causa sofrimento a uma determinada pessoa é um desafio, pois a própria pessoa que sofre pode não saber o que é”

(DRANE e PESSINI, 2005, p. 135)

Estar próximo de um idoso em processo de morte iminente é fundamental, talvez o momento do resgate do significado de seu valor humano, por vezes perdido. Para tanto, o médico deve, além de reconhecer suas potencialidades técnicas, reconhecer também a impotência frente à morte, quando então deve preparar-se para o cuidar.

“é exatamente quando um profissional da saúde ou um acompanhante tocam seu próprio sentimento de impotência que se encontram mais próximo daquele que sofre. Enquanto não aceitarmos nossos limites, enquanto não assumirmos nossa quota-parte de impotência, não podemos estar realmente perto dos que estão morrendo”.

(HENNEZEL, 2004, p. 67)

Diante da certeza mais íntima de cada ser humano, a própria morte, o médico, ainda que não tenha como impedi-la, pode oferecer o cuidar, o qual se realiza por pequenos (mas grandes) atos. Aliviar o sofrimento é superior a aliviar a dor; o tocar, e o fazer-se próximo podem ser mais valiosos do que sedação, pois permite ao moribundo ver-se importante para si e para o outro.

“creio que não podemos grande coisa diante do sofrimento dos moribundos e no momento de sua morte, mas é possível, pelo menos, oferecer nossa presença e nossa atenção”.

(HENNEZEL, 2004, p. 71)

Reconhecer a morte, fases e necessidade do cuidar é importante na retomada de sua aceitação como processo natural e como parte da vida, diferentemente de um mero acontecimento biológico ocorrido em fria sala de emergência, reconhecimento que suaviza o morrer e dignifica o paciente.

FAZER-SE PRÓXIMO – A
REUMANIZAÇÃO DA MORTE PELO
MÉDICO QUE OFERECE CUIDADOS
PALIATIVOS AO IDOSO

“encontrar possibilidades de humanização do humano entre os humanos é uma andança cheia de aventuras, tropeços, idas e vindas, indignação, alegria, desalentos, êxitos, consolo, tensão, derrotas e incertezas. Supõe, por isso mesmo, um esforço infinito por energias sempre multiplicadas, esforço partilhado por outros numa comunhão, em luta sem fim”.

(PY E OLIVEIRA, 2004, p. 143)

Há pensamento comum de ser vão o trabalho do médico que assiste o paciente fora de possibilidade terapêutica de cura. Pois a morte sempre ganha. E sem cura o médico “perde”.

Pensamento equivocado. A finalidade e a capacidade do médico não são para reverter a morte, mas agir a fim de minimizar a dor e o sofrimento.

Tratar um paciente fora de possibilidade terapêutica de cura realmente não é tarefa fácil, e nem isenta de sacrifícios, privações, sentimentos de impotência e perda. Mas o médico pode, a cada desânimo ou morte, reiniciar com a mesma força e mesmo objetivo, e possivelmente mais fortalecido e imbuído dos propósitos dos Cuidados Paliativos.

O profissional, por meio da prática humanizada, cuida do sofrimento. O toque, o olhar, a presença e o simples escutar em silêncio certamente serão mais proveitosos que sua habilidade técnica.

Impossível a omissão quando o tema são as questões bioéticas, principalmente se considerando morte e velhice, ainda mais se interligadas. A discussão primária é sobre a autonomia do paciente fora de possibilidade terapêutica de cura, sem, no entanto desconsiderar a autonomia do médico.

A medicina moderna criou o morrer em máquinas, na ilusão de impedir a morte ou o sofrimento. No entanto, toda a tecnologia não deve ser utilizada para provocar a distanásia. Ao invés de aplacar o sofrimento, ele será aumentado.

Tecnologia não deve ser entendida como tecnolatria. Também essencial a preservação da qualidade de vida.

O médico vive seus dilemas. Habitualmente o profissional vem de precária formação humanitária no curso universitário. Muitos nem sequer conhecem os Cuidados Paliativos em sua filosofia e princípios, ou ainda não se defrontaram com pacientes que desses necessitassem.

O deslumbre da vida acadêmica é a medicina tecnológica, os modernos exames complementares, os novos medicamentos, tudo visando à cura. Cuidados Paliativos não têm importância, pois consideram a morte evento natural. Tornam o médico um “perdedor” – afinal, estudou para curar.

No modelo de formação paternalista, o profissional age como o detentor das soluções, e por isso a aceitação da morte não é simples. Primeiramente porque vem de uma sociedade que a considera interdita; depois porque as escolas médicas estão esquecendo de ensinar sobre a verdadeira função do médico, de que a medicina nunca possuirá a cura para a nossa mais intrínseca característica, a finitude, ou ainda por causa da impessoalidade da relação médico-paciente.

“... despersonalizado o relacionamento médico-paciente, mercantilizado o atendimento na medicina de grupo e pacotes, a doença passa a ser encarada como um desafio autônomo, alheio ao paciente, que o médico quer superar, separado do homem que padece com todas as dramáticas conseqüências pessoais, familiares e profissionais da doença”.

(FARAH, 2006)

Ao acadêmico de medicina ensina-se sobre as doenças, mas não a respeito das enfermidades. Sobre a obtenção de dados clínicos, mas não em relação aos humanos. Criam-se *softwares* para associação de informações, mas não se constrói tempo livre para a associação de idéias e experiências humanas a partir de uma escuta participativa. Ensina-se o poder de um exame complementar, mas não o poder de um

toque. Ensina-se a falar “eu sei”, mas não se ensina o reconhecer para si e para o outro o “não sei, mas vou procurar saber”. Ensina-se a olhar não o paciente, mas a doença no leito, mas não se ensina olhar o paciente no leito como reflexo de si – reflexo de ser humano. Ensina-se que o paciente deve suportar a dor do tratamento, mas não se ensina ao médico que deve ser a força, o amparo e o alívio nesse momento. Ensina-se que a vida tem um começo, mas não se ensina que ela tem um fim.

Diferentemente do atual, o médico antigo:

“era um médico romântico que aliava seus conhecimentos científicos com os humanísticos e utilizava ambos na formulação de seus diagnósticos e prognósticos. Conhecedor da alma humana e da cultura em que se inseria, já que invariavelmente andava muito próximo de seus pacientes – como médico de família que era – esse respeitável doutor sabia que curar não era uma operação meramente técnica, mas fundamentalmente humano-científica [...] era também aquele que, frente aos limites e impossibilidades médicas, sabia acompanhar o enfermo e seus familiares, ajudando-os no sofrimento e na preparação para a morte”.

(GALLIAN, 2001)

A medicina, em sua essência, é humanista. Por consequência, os médicos deveriam manter o caráter humanitário no atendimento. O que aconteceu, então, para que isso mudasse? Sem dúvida, a transformação científico-tecnológica não acompanhada do componente humano, o qual estaria associado à valorização do paciente como ser individual e dotado de medos, anseios e emoções, talvez exacerbados. No momento de dor, sofrimento físico ou emocional, ou mais intensamente diante da morte.

“no momento mais humano da vida, que é paradoxalmente a morte, a pessoa tem necessidade de afeto e companhia, reconhecendo-se o direito de morrer com dignidade entendido como recusa de uma construção forçada e excepcional da existência”.

(PESSINI, 1990, p. 100)

O desenvolvimento científico é benéfico e necessário para a medicina cumprir tão bem o seu papel. Porém, *“ao se abordar técnica e cientificamente a doença, confortar e consolar passam a ser coisas do passado”* (BALLONE, 2005); também comprometedor à qualidade de atendimento, pois, *“muito embora a ciência contribua, sobremaneira, para soluções eficientes aos problemas de saúde, o sofrimento humano diz muito mais respeito à ética do que à técnica”*. (BALLONE, 2005)

Não se pode deixar de considerar outro importante fator que leva à desumanização no atendimento médico: a falta de recursos de saúde, tão comum principalmente no sistema público. – *“humanizar é também investir em melhorias nas condições de trabalho dos profissionais de saúde, alcançar benefícios para a saúde e qualidade de vida dos usuários, profissionais e comunidade”*. (BALLONE, 2005)

O cuidar não tem valor se o processo de morte for encarado como fracasso, a exemplo do que comumente ocorre na medicina tecnicista. E diferentemente nos Cuidados Paliativos, em que o fracasso seria o não cuidar, conceito pautado em características humanitárias.

A recusa médica em defrontar-se com a morte como evento final, sem o sentimento de perda e mantendo o cuidar, está associada à onipotência arraigada desde a formação acadêmica, e mais acentuada atualmente: o profissional é visto e pode sentir-se como poderoso no enfrentamento da morte, esperando, inutilmente, ser o vencedor. – *“tentar encontrar a cura para a morte não é uma insensatez?”* (PESSINI, 2004, p. 5)

A negação do Eet Moriemus (morreremos todos) levou *“o médico a tornar-se o senhor da vida e da morte – e por isso... não raro vemos médicos que perderam o discernimento, tentando medidas quixotescas quando a morte já venceu a batalha”*. (KOVÁCS, 2002, p. 236)

É essencial retomar a abordagem sobre a posição do médico nos Cuidados Paliativos. A ação baseia-se em somar o humanismo ao conhecimento médico e à técnica. Humanismo tão necessário no processo de morte em que o paciente se vê

longe dos amigos, da família, e ainda apresenta o medo da separação, da dor, do hospital, da morte. Uma proposta entendida como: “o homem deve merecer cuidados enquanto houver uma esperança de alegria, caso contrário deve-se dar-lhe permissão para partir”. (REZENDE, 2000, p. 116)

Nos Cuidados Paliativos o médico tem a oportunidade de aproximar-se do mais íntimo do paciente, descobrindo e deixando que ele mesmo descubra o sentido de sua vida, permitindo sentimentos que talvez em outra época não pode deixar florescer.

Nessa fase a tecnologia não é tão importante quanto os menores atos do cuidar. A tecnologia prolonga a vida, mas o cuidar oferece qualidade de vida.

A figura e a postura do médico que pratica Cuidados Paliativos ou acompanha uma pessoa em processo de morte deveriam ser aquelas tão bem descritas por Rubem Alves em seu livro “O médico”, em relação à pintura de Sir Samuel Luke Fildes (1891). Descreve:

“ao lado da menina, um estranho, assentado: o médico. Pois o médico não é um estranho? Estranho sim, pois não pertence ao cotidiano da família. No entanto, na hora da luta entre o amor e a morte, é ele que é chamado. O médico medita. Seu cotovelo se apóia sobre o joelho, seu queixo se apóia sobre a mão. Não medita sobre o que fazer. As poções sobre a mesinha revelam que o que podia ser feito já foi feito. Sua presença meditativa acontece depois da realização dos atos médicos, depois de esgotados o seu saber e o seu poder. Bem que poderia retirar-se, pois ele já fez o que podia fazer... Mas não. Ele permanece. Espera. Convive com a sua impotência. Talvez esteja rezando. Todos rezamos quando o amor se descobre impotente. Oração é isto: essa comunhão com o amor, sobre o vazio... Talvez esteja silenciosamente pedindo perdão aos pais por ser assim tão fraco, tão impotente, diante da morte. E talvez sua espera meditativa seja uma confissão: – Também eu estou sofrendo...”

(ALVES, 1999, p. 14)

Mas ao se falar em Cuidados Paliativos, deve-se perguntar: quem receberá esses Cuidados Paliativos?

A resposta automática é – o paciente de câncer, pois está relacionado à origem dos Cuidados Paliativos. Porém, não só eles precisam, mas todo aquele que tem condição crônica, incapacitante ou limitante, cercada de privações e sofrimentos.

E ainda o idoso de hoje, que pela longevidade desenvolve doenças crônico-degenerativas, muitas agravadas pelo estilo de vida moderno, menos saudável, mais estressante.

A velhice não está obrigatoriamente associada às doenças, que se mostram como realidade gritante. Principalmente se consideradas as desigualdades sociais que levam à carência de cuidados em épocas anteriores da vida, o que favorece uma velhice recheada de problemas físicos e emocionais.

É tendência geral considerar que as queixas, limitações e doenças são parte da velhice. Sendo acontecimento natural e esperado, a interpretação comum é de que não necessitam de cuidados, e sim tratamento medicamentoso imediato – a resolução da dor, a indução do sono e o acalmar são suficientes.

Mas não se pode, no entanto, deixar sofrer. O médico tem que praticar o cuidar sobre o medicar – *“o controle da dor e do sofrimento é a chave para o resgate da dignidade do ser humano”*. (PESSINI, 2004, p. 14)

Medicar faz parte do cuidar, mas medicalizar é restringir a essência da medicina a um ato mecânico e vazio – *“... deparamo-nos diuturnamente com ambientes tecnicamente perfeitos, mas sem alma e sem ternura humana”*. (PESSINI, 2004, p. 2)

O médico que assiste um paciente em Cuidados Paliativos deve pensar em quanto a doença enfraquece a pessoa e limita as decisões sobre si mesma, o que pode ser ressaltado no idoso.

“a dor e o sofrer enfraquecem a pessoa, forçam-na a confiar na ajuda de uma outra pessoa dotada de poder a fim de reagir adequadamente e recuperar certo nível de controle. Os pacientes não podem decidir sozinhos ou agir de modo decisivo em seu próprio interesse como o fizeram antes da doença. A liberdade de fazer as escolhas cruciais da vida é perdida ou danificada severamente pela doença”.

(DRANE e PESSINI, 2005, p. 59)

Na velhice a morte se mostra próxima, anunciando-se por meio das incapacidades funcionais e perda da autonomia, normalmente associadas à internação hospitalar. Diante da fragilidade do paciente, o médico deve centrar suas ações na pessoa e não na tecnologia, alheia ao sofrimento que provoca no paciente ou na família. Não é comportamento de render-se ao fracasso, mas reconhecimento da finitude humana e, sobretudo, do valor do indivíduo como ser cheio de emoções, medos e afetos. E o reconhecimento do poder médico quando se dedica ao cuidar: um pequeno gesto pode significar mais que avançadas tecnologias.

É raro o idoso, com disfunções orgânicas variadas e por vezes múltiplas, ser consultado sobre desejos, expectativas e necessidades. A preocupação médica está centrada no funcionamento dos sistemas orgânicos e não na pessoa. Não se pensa no impacto que as restrições causam ao idoso, ou mesmo se as privações valem. O idoso, fragilizado pelas contingências da vida, e agora próximo da sua finitude, não precisa sofrer com a tecnolatria.

Cabe ao médico repensar sua postura, pautando-se nos três valores básicos a se considerar em Cuidados Paliativos – Dignidade, Competência e Autonomia, ou ainda nos princípios básicos da bioética – Beneficência, Não-maleficência, Autonomia e Justiça.

Estar próximo de um idoso em processo de morte iminente é fundamental. Pode ser o momento do resgate do significado de seu valor humano, por vezes perdido. Para tanto, o médico, além de reconhecer suas potencialidades técnicas,

reconhece também a impotência frente à morte, quando então deve preparar-se para o cuidar.

“é exatamente quando um profissional da saúde ou um acompanhante tocam seu próprio sentimento de impotência que se encontra mais próximo daquele que sofre. Enquanto não aceitarmos nossos limites, enquanto não assumirmos nossa quota-parte de impotência, não podemos estar realmente perto dos que estão morrendo”.

(HENNEZEL, 2004, p. 67)

Crucial o entrosamento entre médico e família, pois o tipo de relacionamento paciente-família pode ser forte determinante de atitudes e emoções. – *“os pacientes... precisam ter certeza de que não serão abandonados, e de que suas preocupações e ansiedades não vão ser ignoradas”.* (DRANE e PESSINI, 2005, p. 134)

Em todo esse contexto, não deve o médico deixar de considerar que dor e sofrimento são valores distintos e não par indivisível, o que normalmente é desconhecido ou negligenciado na medicina tecnicista, e se traduz em obstinação terapêutica.

“não distinguir dor de sofrimento nos permite continuar agressivamente com tratamentos médicos fúteis, na crença de que, enquanto o tratamento protege o paciente da dor física, ele protege de todos os outros aspectos também”.

(PESSINI, 2004, p. 22)

Importante imaginar o quanto não está sofrendo um idoso, em processo de morte iminente, frente à perda de sua autonomia e privacidade. Tanto mais tem ocorrido quanto mais sofisticada a medicina e quanto mais distantes os relacionamentos pessoais.

Permanecer e morrer em casa são “impensáveis”. O fato não só tem a ver com condições emocionais dos envolvidos, como também com a situação socioeconômica.

Nessa rede intrincada, cada um busca proteger-se à sua maneira contra a intromissão da morte e de todos os outros sentimentos a ela relacionados ou por ela suscitados. A família, não suportando a idéia da ocorrência da morte em casa, providencia imediatamente o hospital. O médico, baseando-se na falsa idéia de ser vencedor contra a morte, pratica a obstinação terapêutica. Ao paciente idoso, centro de todos os acontecimentos, não é dado o direito de escolher a sua forma de proteção.

Não é fácil e nem possível achar maneira de conduta que extinga o sofrimento de todos os envolvidos. Porém, o médico deve ter claras as concepções do poder e dos limites da medicina, para então cuidar – *“vale a pena lembrar que um dos principais lemas da medicina é sedare dolorem opus divinum est– Aliviar a dor é uma obra divina”* (PESSINI, 2004, p. 27)

No entanto, é importante reconhecer que analgésico nenhum pode promover alívio da dor psíquica, social e espiritual. Mas o alívio talvez seja conseguido simplesmente com o médico fazer-se próximo.

No mundo moderno, diante da perda de valores humanos e da medicina tecnicista, passou a ser constante a distanásia, morte prolongada e sofrida decorrente de procedimentos médicos, consequência da obstinação terapêutica.

Mas, então, o que fazer? Deixar morrer? A resposta é não se deixar simplesmente morrer, mas acompanhar essa partida; permitir que ocorra a ortotanásia, ou seja, a morte no tempo certo. A negação da distanásia não significa acelerar a morte ou promover suicídio assistido, mas exprime, antes, a aceitação da condição humana diante da morte.

A tarefa do médico de fazer-se próximo, aprendendo a reconhecer limites e impotência diante da morte, na prática é algo bastante difícil de ser realizado. Requer convicções pessoais e acima de tudo, formação humanitária, quando se vê obrigado a compartilhar, sobretudo o sofrimento. No entanto, não torna a relação médico-

paciente desprazerosa. O médico não sairá ileso da convivência com esse momento. E se humanizará a cada vivência.

“nunca saímos ilesos desse mergulho no íntimo do sofrimento alheio. Como não se sentir tocado, pessoalmente, quando se é testemunha silenciosa desses momentos extremos, em que o ser humano antevê a proximidade da morte?”

(HENNEZEL, 2004, p. 27)

Não há como estabelecer código de conduta para o médico diante do idoso em processo de morte, e nem estipular claramente aqueles que necessitam ou não de intervenção tecnicista como medida básica. Mas é possível ser criada conscientização sobre o valor da vida, do médico, da medicina e do cuidar, levando a se entender e praticar a reumanização da morte.

Perto de se encerrar o capítulo, deve-se considerar a associação entre os atos educativo e terapêutico.

Na medicina atual há tendência, quase generalizada, de se focar exclusivamente a ação terapêutica, esquecendo-se a educativa, como se fosse possível, ou como se não houvesse íntima inter-relação.

Rotineiramente se esquece a importância da ação educativa como par indivisível da terapêutica. No idoso, fora de possibilidade terapêutica de cura, ela nem sequer é cogitada, quando na verdade deveria ser intensificada, já que o cuidar é algo diretamente vinculado à ação educativa que vai culminar em adequada ação terapêutica baseada nos princípios dos Cuidados Paliativos. – “a ação terapêutica e a ação educativa compartilham um objetivo comum: permitir ao sujeito alcançar e preservar o bem...” (VOLICH, 2000).

Considerando a morte interdita da atualidade, em que há a adoção de pensamento generalizado da necessidade de ser institucionalizada e “higiênica”, o médico deve analisar o quanto é importante a consideração das individualidades, pois nessas se concentra o cuidar.

“na Grécia Antiga, o *thérapeuta* era antes de tudo aquele que se colocava junto àquele que sofre, que compartilhava a experiência da doença do paciente com vistas a poder compreendê-lo, para só, então, a partir desta posição em relação ao doente, mobilizar seus conhecimentos e sua arte de cuidar, sem saber se poderia realmente curar. Para compreender a doença, ele interessava-se pela totalidade da vida do paciente, inclinando-se para ouvi-lo e examiná-lo. Essa inclinação (*klinos*, em grego, termo do qual deriva a palavra clínica), significava também reverência, posição de respeito com relação ao sofrimento do doente”. (VOLICH, 2000)

O médico que pratica Cuidados Paliativos com o idoso, baseado no cuidar, deve-se inclinar sobre seu paciente e associar uma ação educativa: “educá-lo, conduzi-lo por um caminho que este não foi capaz de percorrer sozinho, ou para o qual não contou com a ajuda de alguém que pudesse indicar sua existência ou acompanhá-lo”. (VOLICH, 2000)

Fazer-se próximo do médico é fundamental para o paciente exposto à fragilidade, à dor, ao sofrimento, à solidão, ao medo da morte iminente. Cumplicidade de seres humanos e da essência humanitária da medicina, centrada no cuidar. Isso só será possível se houver abertura do médico para o compartilhamento de sentimentos, em uma característica sensível de ouvir, falar, calar e compreender. – “o cuidar pressupõe um exercício permanente de liberdade que permita ao cuidador entrar em contato com as sensações, fantasias e emoções do outro e também com aquelas mobilizadas em si pelo paciente...” (VOLICH, 2000)

A relação médico-paciente frente a doenças, agravos à saúde em geral, é sempre algo especial; porém, diante da morte iminente haveria de ser também acalentadora e companheira. Um médico que oferece Cuidados Paliativos a um idoso deveria se valer não só de seu conhecimento, mas também dos de seu paciente, ou seja, todos conhecimentos acumulados durante anos e anos, os mais simples ou mais complexos. No momento de se defrontar com um dos problemas mais inquietantes da condição humana, a morte, a relação inter-pessoal pode ser apoio técnico e

humanitário importante, lembrando “... médico e paciente não trocam apenas informações e conhecimentos, dados de anamnese, sinais propedêuticos ou indicadores fornecidos pelos exames complementares. Nestes encontros ritualizam-se de forma menos sofrida e mais satisfatória”. (VOLICH, 2000)

Reumanizar significa oferecer recursos humanitários já na formação acadêmica, e “obviamente, um pouco de verniz humanístico nunca deixa de ser algo apreciável ao bom médico, que zela pela sua imagem intelectual de livre-pensador e, que em última análise, deve se preocupar com as questões do relacionamento médico-paciente” (GALLIAN, 2001)

Imprescindível considerar a subjetividade do médico:

“ele, o médico, como pessoa, com sua subjetividade, suas angústias, medos, anseios, tampouco é levado em conta; ele também sofre restrições para se manifestar. Trata-se do discurso médico e da doença (discurso aqui definido como a fala de um sujeito desde algum lugar que pertença que define sua inscrição social). Discurso de um deus de laboratório, impessoal e objetivo, que promete a imortalidade. O doente se apaga diante da doença e o médico se apaga diante da exigência do saber”.

(TAVARES, 2006)

Inúmeras barreiras deverão ser enfrentadas para a reumanização, processo complexo e não ato isolado. Se dificuldades se apresentam na adequação da qualidade de condições de trabalho, talvez deva se iniciar resolvendo as dificuldades pessoais, começando a oferecer algo mais que a técnica, ou seja, a atenção emocional:

“a atenção emocional diz respeito à compreensão sensível das queixas do paciente, mesmo que estes não tenham base fisiopatológica ou anatômica. O que está em questão não são os limites dos livros de fisiopatologia, mas sim, a representação da realidade pelo paciente, nas vivências, e seu estado existencial atual”.

(BALLONE, 2005)

Enfim, humanizar o atendimento:

“não é apenas chamar o paciente pelo nome, nem ter um sorriso nos lábios constantemente, mas, além disso, compreender seus medos, angústias, incertezas, dando-lhe apoio e atenção permanente. Humanizar também é, além do atendimento fraterno e humano, procurar aperfeiçoar os conhecimentos continuamente e valorizar, no sentido antropológico e emocional, todos os elementos implicados no evento assistencial”.

(BALLONE, 2005)

A humanização, processo e não ato isolado, apresentará grande complexidade de implantação e aceitação. Por certo com muitas resistências, das mais diversas ordens:

“mudanças de comportamento sempre despertam insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização. E se não for singular, não será de humanização”.

(MARTINS, 2006)

Humanizar é “... acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade do corpo, mente e espírito”. (PESSINI, 2004, p 4.). Sobretudo é ter “vigilância ética, imperativo fundamental em não deixar que a máquina seja mais importante que o ser humano”. (PESSINI, 1990, p. 260)

Talvez reumanizar a morte na fase de Cuidados Paliativos seja o médico valer-se da literatura afim de humanizar o medo do paciente para que possa fechar os olhos e adormecer. No anexo está o texto “A história de uma folha – uma fábula para todas as idades”, no qual o autor estabelece bela relação entre o viver e os mistérios insondáveis da vida e da morte. Reafirma-se que mesmo que nos venha a morte (e

virá) a nossa existência sempre valerá, como nas palavras do autor: *“pelo sol e pela lua. Pelos tempos felizes que passamos juntos. Pela sombra, pelos velhinhos, pelas crianças. Pelas cores do outono, pelas estações”*. (BUSCAGLIA, 1999)

Perto do término destas reflexões espero ter conseguido suscitar a necessidade do surgimento de nova mentalidade *“que resgate algo da benignidade do antigo profissional liberal, que vivia a medicina como sacerdócio, mas sob perspectivas mais contemporâneas, que levem em conta as novas condições de trabalho e procurem criar estruturas que permitam ao médico ser bom técnico e cientista, com remuneração digna, sem que precise abrir mão da própria humanidade, nem da dignidade de seus pacientes”*. (MARTIN, 2002, p. 144)

O médico que oferece Cuidados Paliativos está poetizado em Rubem Alves:

“... dele não se esperam nem milagres, nem recursos heróicos para obrigar o débil coração a bater mais um dia. Dele se esperam apenas os cuidados com o corpo – é preciso que a despedida seja mansa e sem dor – e os cuidados com a alma – ela não tem medo de falar sobre a morte [...] sei que isso deixa os médicos embaraçados. Aprenderam que sua missão é lutar contra a morte. Esgotados os seus recursos, eles saem da arena, derrotados e impotentes. Pena. Se eles soubessem que sua missão é cuidar da vida, e que a morte, tanto quanto o nascimento, é parte da vida, eles ficariam até o fim. E assim ficariam também um pouco mais sábios. E até – imagino – começariam a escrever poesia”.

(ALVES, 1999, p. 56,57)

Por isso esta dissertação repleta de poesia. Com o objetivo de levar o médico a reumanizar sua atitude nos Cuidados Paliativos. A partir do simples fato de fazer-se próximo, profundo como uma poesia, característica recuperada do médico de família de tempos atrás. E revalorizada em direção ao médico do mundo tecnológico e científico moderno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“... o tempo de morrer tem um valor...
acompanhar esse tempo exige de todos uma
aceitação diante do inelutável, do inevitável, que é
a morte. Isso implica o reconhecimento de nossos
limites humanos. Seja qual for o amor que sintamos por
alguém, não podemos impedi-lo de morrer, se tal é o seu
destino. Também não podemos evitar um certo sofrimento
objetivo e espiritual que faz parte do processo de morrer
de cada um. Podemos somente impedir que essa parte de
sofrimento seja vivida na solidão e no abandono, podemos
envolvê-la de humanidade”.*

(HENNEZEL, 1999, p. 40)

Não posso dizer que farei “conclusões”, pois isso seria impossível. Afinal, lidamos com algo vivo na subjetividade e influenciado por emoções das mais variadas representações.

Seria impossível concluir o que são sofrimento, desamparo, medo, solidão e saudade. Como definir o vazio de uma perda se isso se relaciona com o íntimo de cada ser e de sua relação com o outro?

Baseado nessas dificuldades, me propus a um texto de conteúdo mitológico, filosófico e poético, para que se tornasse reflexivo e pudesse tocar o íntimo do ser humano no que tange ao cuidar do outro em processo de morte. Não às custas do tecnicismo, mas do humanismo.

Pretendi mostrar que a morte é sobretudo um mistério sobre o qual só podem ser feitas suposições a partir da ocorrência no outro. A morte se tornou interdita em consequência de bio e tecnocentrismo, os quais suscitam a distanásia, roubando a dignidade humana.

Este trabalho procurou refletir, em tonalidade poética, sobre a prática médica, na perspectiva de reumanizar a morte nos Cuidados Paliativos oferecidos ao idoso, aquele que coloca a morte em cena, levando os médicos a dilemas.

Com o surgimento de questões bioéticas não bem definidas em relação à fase da morte, não pode o médico sustentar o paternalismo, mudança que deve começar

pela reformulação do ensino médico, incorporando o humanismo, em uma época na qual predomina o tecnicismo.

Para discutir o tema da morte na velhice demonstrou-se a necessidade de considerar as condições de inserção do idoso na sociedade, o binômio morte-velhice, ambos renegados por representarem apenas perdas.

Por meio da análise do Código de Ética Médica ressaltou-se a necessidade de mudanças. Não pode ser mantido um conjunto estático de leis e normas, em um mundo de novas realidades e com situações bioéticas a serem esclarecidas.

Com a retomada da história dos Cuidados Paliativos explicitarei sua filosofia para servir de molde aos padrões atuais, quando, em consequência da longevidade, há a necessidade do cuidar quando o curar não é mais possível.

Ainda que não se consiga impedir a morte, ela pode ser acompanhada por meio do cuidar, que se cumpre fazendo-se próximo, ouvindo, calando, aliviando a dor, afugentando medos, sendo sincero, leal, forte o bastante para sorrir, e chorar se preciso for.

Chego ao final com a certeza de que os Cuidados Paliativos acercam-se do paciente, reconhecendo que vida e morte formam par indivisível, assim como o humanismo e o cuidar.

Finalmente, reconheceu-se que a medicina necessita da incorporação da arte médica, para ser humanizado o atendimento em Cuidados Paliativos para o idoso que sofre a fragilidade do corpo, mente e espírito. Humanizando o atendimento médico certamente será reumanizada a morte. Torná-la não um fim solitário, mas fase em que o ser humano se sinta e seja tratado com dignidade.

*“de tudo ficaram três coisas:
a certeza que de estamos começando,
a certeza de que é preciso continuar e
a certeza de que podemos ser interrompidos
antes de terminar”*

(Fernando Pessoa)

ANEXOS

A HISTÓRIA DE UMA FOLHA – UMA FÁBULA PARA TODAS AS IDADES

(Leo Buscaglia)

A primavera passou. O verão também.

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 a sua direita. Clara era a linda folha por cima. Todos haviam crescidos juntos. Aprenderam a dançar com a brisa da primavera, a se esquentar indolentemente ao sol do verão, e se lavar na chuva fresca.

Mas Daniel era seu melhor amigo. Era a folha maior do galho e parecia que lá estava antes de qualquer outra. A folha achava que Daniel era também o mais sábio. Foi Daniel quem lhe contou que era uma 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 em baixo. 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.

Fred adorava ser uma folha. Amava seu galho, os amigos, o seu lugar bem alto no céu, o vento que o sacudia, os raios do sol que o esquentavam, a lua que o cobria de sombras suaves.

O verão fora excepcionalmente ameno. Os dias quentes e cumpridos eram agradáveis, as noites suaves eram serenas e povoadas por sonhos.

Muitas pessoas foram ao parque naquele verão. E sentavam sob as árvores. Daniel contou às folhas que proporcionar sombra era um dos propósitos das árvores.

– O que é um propósito?– perguntou a folha.

– Uma razão para existir – respondeu Daniel. – Tornar as coisas mais agradáveis para os outros é uma razão para existir. Proporcionar sombra aos velhinhos que procuram escapar do calor de suas casas é uma razão para existir. Oferecer um lugar fresco onde as crianças possam brincar. Abanar com as nossas folhas as pessoas que vêm fazer piquenique, com suas toalhas quadriculadas. Tudo isso são razões para existir.

A folha tinha um encanto todo especial pelos velhinhos. Sentavam em silêncio na relva fresca, mal se mexiam. E quando conversavam era aos sussurros, sobre os tempos passados.

As crianças também eram divertidas, embora às vezes abrissem buracos na casca da árvore ou nela esculpisse seus nomes. Mesmo assim era divertido observar as crianças.

Mas o verão da folha não demorou a passar.

E chegou ao fim numa noite de outono. A folha nunca sentira tanto frio. Todas as outras folhas estremeceram com o frio. Ficaram todas cobertas por uma camada fina de branco, que num instante se derreteu e deixou-as encharcadas de orvalho, faiscando ao sol.

Mais uma vez, foi Daniel quem explicou que haviam experimentado a primeira geada, o sinal de que era outono e que o inverno viria em breve.

Quase que imediatamente, toda a árvore, mais do que isso, todo o parque, se transformou em um esplendor de cores. Quase não restava qualquer folha verde. Alfredo se tornou de um amarelo intenso. Mário adquiriu um laranja brilhante. Clara virou um vermelho ardente. Daniel estava púrpura. E a folha ficou vermelha, dourada e azul. Todas estavam lindas. A folha e seus amigos converteram a árvore num arco-íris.

– Por quê ficamos com cores diferentes, se estamos na mesma árvore? – perguntou a folha.

– Cada um de nós é diferente. Tivemos experiências diferentes. Recebemos o sol de maneira diferente. Projetamos a sombra de maneira diferente. Por que então não teríamos cores diferentes?

Foi Daniel, como sempre, quem falou. E Daniel contou ainda que aquela estação maravilhosa se chamava outono.

E um dia aconteceu uma coisa muito estranha. A mesma brisa que no passado os fazia dançar começou a empurrar e puxar suas hastes, quase como se estivesse zangada. Isto fez com que algumas folhas fossem arrancadas de seus galhos e levadas pela brisa, reviradas pelo ar, antes de caírem suavemente ao solo.

Todas as folhas ficaram assustadas.

– O que está acontecendo? – perguntaram umas as outras, aos sussurros.

– É isso que acontece no outono – explicou Daniel. – É o momento em que as folhas mudam de casa. Algumas pessoas chamam isso de morrer.

– E todos nós vamos morrer? – perguntou a folha.

– Vamos sim – respondeu Daniel. Tudo morre. Grande ou pequeno, fraco ou forte, tudo morre. Primeiro, cumprimos a nossa missão. Experimentamos o sol e a lua, o vento e a chuva. Aprendemos a dançar e a rir. E, depois, morremos.

– Eu não vou morrer! – exclamou a folha, com determinação. – Você vai Daniel?

– Vou sim... quando chegar meu momento.

– E quando será isso?

– Ninguém sabe com certeza – respondeu Daniel.

A folha notou que outras folhas continuavam a cair. E pensou: “Deve ser o momento delas”. Ela viu que algumas folhas reagiam ao vento, outras simplesmente se entregavam e caíam suavemente.

Não demorou muito para que a árvore estivesse quase despida.

– Tenho medo de morrer – disse a folha a Daniel. – Não sei o que tem lá em baixo.

– Todos temos medo do que não conhecemos. Isto é natural – disse Daniel para animá-la.

– Mas você não teve medo quando a primavera se transformou em verão. E também não teve medo quando o verão se transformou em outono. Eram mudanças naturais. Por que deveria estar com medo da estação da morte?

– A árvore também vai morrer? – perguntou a folha.

– Algum dia vai morrer. Mas há uma coisa que é mais forte do que a árvore. É a vida. Dura eternamente e somos todos uma parte da vida.

– Para onde vamos quando morremos?

– Ninguém sabe com certeza. É o grande mistério.

– Voltaremos na primavera?

– Talvez não. Mas a vida voltará.

– Então qual é a razão para tudo isso? – insistiu a folha. – Por que viemos para cá, se no final teríamos que cair e morrer?

Daniel responde no seu jeito calmo de sempre:

– Pelo sol e pela lua. Pelos tempos felizes que passamos juntos. Pela sombra, pelos velhinhos, pelas crianças. Pelas cores do outono. Pelas estações. Não é razão suficiente?

Ao final daquela tarde, na claridade dourada do crepúsculo, Daniel se foi. E caiu a flutuar. Parecia sorrir enquanto caía.

– Adeus por enquanto – disse ela, à folha.

E, depois, a folha ficou sozinha, a única que restava em seu galho.

A primeira neve caiu na manhã seguinte. Era macia, branca e suave. Mas era muito fria. Quase não houve sol naquele dia... e foi um dia muito curto. A folha se descobriu a perder a cor, a ficar cada vez mais frágil. Havia sempre frio e a neve pesava sobre ela.

E quando amanheceu veio o vento que arrancou a folha de seu galho. Não doeu. Ela sentiu que flutuava no ar, muito serena.

E, enquanto caía, ela viu a árvore inteira pela primeira vez.

Como era forte e firme! Teve certeza de que a árvore viveria por muito tempo, compreendeu que fora parte de sua vida. E isto deixou-a orgulhosa.

A folha pousou num monte de neve. Estava macio, até mesmo aconchegante. Naquela nova posição, a folha estava mais confortável do que jamais se sentira. Ela fechou os olhos e adormeceu. Não sabia que a primavera se seguiria ao inverno, que a neve se derreteria e viraria água. Não sabia que a folha que fora, seca e aparentemente inútil, se juntaria com a água e serviria para tornar a árvore mais forte. E, principalmente, não sabia que ali na árvore e no solo, já havia planos para novas folhas na primavera.

O começo.

A SAÚDE DOS DOENTES

(Julio Cortazar)

Quando, inesperadamente, tia Clélia se sentiu mal, houve na família um momento de pânico, e durante várias horas ninguém foi capaz de reagir e discutir um plano de ação, nem mesmo tio Roque, que achava sempre a saída mais acertada. Telefonaram para Carlos no escritório, Rosa e Pepa despacharam os alunos de piano e solfejo, e até tia Clélia se preocupou mais por mamãe do que por ela mesma. Estava certa de que o que sentia não era grave, mas não se podia dar notícias alarmantes à mamãe, por causa da sua pressão e do seu diabetes, todos estavam fartos de saber que o Dr Bonifaz tinha sido o primeiro a compreender e aprovar que escondessem da mamãe o que acontecera com Alejandro. Se tia Clélia tivesse que ficar na cama seria preciso encontrar um jeito de mamãe não desconfiar de que ela estava doente. O caso de Alejandro já se tornara tão difícil e agora parecia mais esta; a menor distração e ela acaba sabendo a verdade. Se bem que a casa fosse grande, devia-se levar em conta o ouvido aguçado da mamãe e sua inquietante capacidade para adivinhar onde estava cada um. Pepa, que chamara o Dr. Bonifaz pelo telefone de cima, avisou os irmãos que o médico chegaria o mais depressa possível e que deixassem a porta da entrada encostada para que ele entrasse sem bater. Enquanto Rosa e tio Roque cuidavam de tia Clélia, que sofrera dois desmaios e se queixava de uma dor de cabeça insuportável, Carlos ficou com a mamãe para contar-lhe as novidades do conflito diplomático com o Brasil e ler-lhe as últimas notícias. Nessa tarde, mamãe estava de bom humor, não sentia dores na cintura como quase sempre na hora da sesta. Foi perguntando a todos o que havia para estarem tão nervosos, e na casa falou-se de pressão baixa e dos efeitos nefastos das inovações no fabrico do pão. Na hora do chá, chegou tio Roque para conversar com mamãe e Carlos pode tomar um banho e ficar à espera do médico. Tia Clélia havia melhorado, mas custava a se mexer na cama, já quase não se interessava pelo tanto que a preocupara sair do primeiro desmaio. Pepa e Rosa se revezaram junto dela, oferecendo-lhes chá e água sem que ela respondesse; a casa se acalmou ao entardecer, os irmãos pensaram que talvez o caso de tia Clélia não fosse grave, e que

na tarde seguinte ela voltaria a entrar no quarto de mamãe como se nada tivesse acontecido.

Com Alejandro as coisas tinham sido muito piores, pois morrera num desastre de automóvel pouco antes de chegar a Montevideu, onde o estavam esperando em casa de um engenheiro seu amigo. Já fazia quase um ano do desastre, mas era como se fosse o primeiro dia para os irmãos e os tios. Era assim para todos menos para mamãe. Para ela Alejandro estava no Brasil onde uma firma do Recife lhe encomendara a instalação de uma fábrica de cimento. A idéia de preparar mamãe, insinuar-lhe que Alejandro sofrera um desastre e estava levemente ferido, não lhes havia ocorrido, nem sequer depois dos conselhos do Dr. Bonifaz. Até Maria Laura, incapaz de qualquer raciocínio naquelas primeiras horas, reconhecera a impossibilidade de dar a notícia para mamãe. Carlos e o pai de Maria Laura viajaram para o Uruguai com o fim de trazer o corpo de Alejandro, enquanto a família cuidava, como sempre, de mamãe, que nesse dia estava cheia de dores e exigente. O clube de engenharia concordou em que o velório se fizesse em sua sede, e Pepa, a mais ocupada com mamãe, nem sequer chegou a ver o caixão de Alejandro, enquanto os demais faziam rodízio, de hora em hora, e acompanhavam a pobre Maria Laura perdida num horror sem lágrimas. Como acontecia quase sempre, tio Roque foi o incumbido de pensar. Falou de madrugada com Carlos, que chorava o irmão em silêncio, a cabeça apoiada no pano verde da mesa da sala de jantar, onde tantas vezes tinham jogado cartas. Depois, tia Clélia juntou-se a eles, porque mamãe dormia a noite inteira, não sendo então necessário preocupar-se com ela. Com o assentimento tácito de Rosa e de Pepa, determinaram as primeiras medidas, a começar pela apreensão de La Nación – às vezes mamãe se animava a ler o jornal por uns minutos –, e todos concordaram com o que tio Roque havia pensado: É que, como uma empresa brasileira contratou Alejandro para que passasse um ano no Recife, ele teve que desistir, em poucas horas, de suas breves férias em casa de um engenheiro amigo, fizera a mala e tomara o primeiro avião. Mamãe precisava compreender que os tempos tinham mudado, que os industriais não entendiam de sentimentos, mas Alejandro logo encontraria um jeito de tirar uma semana de férias, no meio do ano, e voltar a Buenos Aires. Mamãe concordou com tudo, embora chorasse um pouco e

fosse preciso dar-lhe os saís para cheirar. Carlos, que sabia fazê-la rir, disse-lhe que era uma vergonha chorar pelo primeiro êxito do benjamim da família, e que Alejandro não teria gostado de saber que a notícia de seu contrato era recebida daquela maneira. Então mamãe se acalmou dizendo que beberia um dedo de Málaga à saúde de Alejandro. Carlos saiu bruscamente à procura do vinho, mas quem o trouxe e quem brindou com mamãe foi Rosa.

A vida de mamãe era bem difícil, e embora se queixasse um pouco, era preciso fazer todo o possível para prestar-lhe assistência e distraí-la. Quando ela, no dia seguinte ao enterro de Alejandro, estranhou que Maria Laura não tivesse vindo visitá-la como em todas as quintas-feiras, Pepa foi de tarde à casa dos Novalli falar com Maria Laura. Nesse momento tio Roque estava no escritório de um advogado amigo, explicando-lhe a situação; o advogado prometeu escrever imediatamente a seu irmão que trabalhava no Recife (as cidades não se escolhiam por acaso em casa de mamãe) e organizar a correspondência. Como se fosse casualmente, o Dr. Bonifaz já tinha feito uma visita à mamãe, e depois de examinar-lhe os olhos achou-a bem melhor, mas pediu-lhe que por alguns dias se abstinêsse de ler jornais. Tia Clélia se encarregou de comentar para ela as notícias mais interessantes; felizmente, mamãe não gostava dos informativos do rádio porque eram vulgares e, a toda hora, havia anúncios de remédios duvidosos que as pessoas tomavam para tudo quanto é doença e acabavam se dando mal.

Maria Laura apareceu sexta-feira à tarde e falou de quanto precisava estudar para os exames de arquitetura.

– Sim, filhinha – disse mamãe, olhando-a com ternura – Você está com os olhos vermelhos de tanto ler, e isso faz mal. Ponha umas compressas de hamamélis, é o melhor que há.

Rosa e Pepa estavam ali para intervir na conversa a cada momento, assim Maria Laura pôde resistir e até sorriu quando mamãe começou a falar desse noivo tratante que ia embora para tão longe quase sem avisar. A juventude moderna era assim, o mundo estava ficando louco, todos andavam apressados e sem tempo para nada. Depois, mamãe perdeu-se nos casos já conhecidos de pais e avós, veio o café e logo entrou Carlos com brincadeiras e anedotas, e num dado momento, tio Roque

parou na porta do quarto olhando a todos com seu ar bonachão, e tudo aconteceu como tinha que acontecer até a hora do descanso da mamãe.

A família foi se acostumando, custou mais para Maria Laura, mas em compensação, não visitava mamãe às quintas-feiras. Um dia chegou a primeira carta de Alejandro (mamãe havia reclamado o silêncio dele por duas vezes) e Carlos leu-a ao pé da cama. Alejandro adorava Recife, falava do porto, dos vendedores de papagaios e do sabor dos refrescos, a família ficava com água na boca quando tomava conhecimento que os abacaxis eram de graça, que o café era de verdade e tão cheiroso... Mamãe pediu que lhe mostrassem o envelope e disse que dessem o selo para o menino dos Marolda que era filatelista, apesar de não gostar nada que crianças mexessem com selos porque depois não lavavam as mãos, pois os selos tinham rodado o mundo inteiro.

– Eles passam a língua para grudá-los – dizia sempre mamãe – e os micróbios ficam ali e incubam, isto é sabido. Mas podem dar assim mesmo; ele já tem tantos que mais um...

No dia seguinte, mamãe chamou Rosa e ditou-lhe uma carta para Alejandro, onde lhe perguntava quando ia ter férias e se a viagem não seria cara demais. Explicou-lhe como se sentia e falou da promoção que Carlos acabava de obter e do prêmio conquistado por um dos alunos de piano de Pepa. Também disse que Maria Laura a visitava sem faltar uma só quinta-feira, mas que estudava demais, o que era ruim para os olhos. Quando acabou de escrever a carta, mamãe assinou no fim a lápis e beijou suavemente o papel. Pepa levantou-se com o pretexto de ir buscar um envelope, e tia Clélia entrou com os comprimidos das cinco horas e umas flores para o jarro da cômoda.

Nada era fácil, porque, nessa época, a pressão de mamãe subiu mais ainda, a família chegou a perguntar-lhe se não haveria alguma influência inconsciente, alguma coisa que ultrapassava o comportamento deles todos, uma inquietação e um desânimo que faziam mal a mamãe apesar das precauções e das falsas alegrias. Mas não podia ser, porque à força de fingir sorrisos todos acabavam rindo deveras com mamãe, às vezes pilheriavam e davam palmadas uns nos outros mesmo quando não estivessem com ela, depois se olhavam como se acordassem subitamente, Pepa

ficava muito vermelha e Carlos acendia um cigarro com a cabeça baixa. O importante, no fundo, era que o tempo passasse e mamãe nada percebesse. Tio Roque falara com o Dr. Bonifaz, e todos estavam de acordo em que a piedosa comédia, como a qualificava tia Clélia, devia continuar indefinidamente. O único problema era com as visitas de Maria Laura, pois mamãe naturalmente insistia em falar de Alejandro, queria saber se os dois casariam tão logo ele voltasse do Recife ou se esse filho louco aceitaria um outro contrato fora e por tanto tempo. Não havia outro remédio senão entrar no quarto a todo o momento e distrair mamãe, tirar de lá Maria Laura, que se mantinha muito quieta em sua cadeira, as mãos apertadas até se machucar, mas um dia mamãe perguntou a tia Clélia por que todos se precipitavam daquela maneira quando Maria Laura vinha vê-la, como se fosse a única ocasião que tinham de estar com ela. Tia Clélia começou a rir, disse que todos viam um pouco de Alejandro em Maria Laura, e por isso gostavam de estar com ela quando aparecia.

– Você tem razão, Maria Laura é tão boa! – disse mamãe – O bandido do meu filho não a merece, acredite-me.

– Olha quem fala – disse tia Clélia – Você se baba toda quando fala do seu filho.

Mamãe também começou a rir e lembrou que por aqueles dias chegaria carta de Alejandro. A carta chegou, tio Roque trouxe-a junto com o chá das cinco. Dessa vez, mamãe quis lê-la e pediu os óculos de ver perto. Leu aplicadamente, como se cada frase fosse um bocado que tinha de ser remastigado e saboreado.

– Os rapazes de hoje em dia não respeitam ninguém – disse sem muita convicção – É verdade que no meu tempo não se usavam essas máquinas, mas eu nunca teria coragem de escrever assim a meu pai, e você também não.

– Claro que não – disse tio Roque – Com o gênio que o velho tinha...

– Você nunca perde o hábito de chamá-lo de velho, Roque. Sabe que não gosto que fale assim e não se importa. Você lembra como mamãe ficava.

– Bom, está bem. Velho é só uma maneira de dizer, nada tem a ver com o respeito.

– É muito esquisito – disse mamãe, tirando os óculos e olhando para as molduras do teto. – Já recebi cinco ou seis cartas de Alejandro e em nenhuma ele me

chama de... Ah, mas é um segredo entre nós dois. É esquisito, sabe. Por que não me chamou assim nem uma vez só?

– Com certeza o rapaz acha bobagem escrever desse modo. Uma coisa é que ele a chame de... como é mesmo?

– É um segredo – disse mamãe. Um segredo entre mim e meu filho.

Nem Pepa nem Rosa sabiam desse nome, e Carlos encolheu os ombros quando lhe perguntaram.

– E o que é que você quer, tio? O mais que posso fazer é falsificar-lhe a assinatura. Acho que mamãe vai se esquecer disso, você não deve se preocupar tanto.

Quatro ou cinco meses mais tarde, depois de uma carta na qual Alejandro contava o muito que tinha que fazer (embora estivesse satisfeito porque era uma grande oportunidade para um jovem engenheiro), mamãe insistiu em que já era tempo de ele tirar férias e vir para Buenos Aires. Rosa, que escrevia as respostas de mamãe, achou que ela ditava mais devagar, como se tivesse estado pensando muito a cada frase.

– Sabe lá se o coitado poderá vir – comentou Rosa, de modo casual. – Seria uma pena se ele se tornasse malquisto na empresa logo agora que está tão bem e tão satisfeito.

Mamãe continuou ditando como se não estivesse escutado. Sua saúde deixava muito a desejar e gostaria de ver Alejandro nem que fosse por uns dias. Ele também tinha que pensar em Maria Laura, não porque julgasse que não ligava para a noiva, mas um amor não vive de palavras bonitas e promessas a distância. Enfim, esperava que Alejandro lhe escrevesse em breve e com boas notícias. Rosa reparou que mamãe não beijava o papel depois de assinar, mas que olhava fixamente a carta como se quisesse guardá-la na memória. “Pobre Alejandro”, pensou Rosa, e depois se benzeu de repente sem que mamãe a visse.

– Olhe – disse tio Roque a Carlos, quando ficaram sozinhos à noite para uma partida de dominó -, eu acho que isto vai acabar mal. Temos que inventar alguma coisa plausível, senão ela acaba percebendo.

– Sei lá, tio. O melhor é que Alejandro responda de um jeito que ela fique contente por mais algum tempo. A coitada está tão fraca, não se pode nem pensar em...

– Ninguém falou nisso, rapaz. Mas eu lhe digo que sua mãe é daquelas que não afrouxam. É de família.

Mamãe leu, sem comentários, a resposta evasiva de Alejandro, de que trataria de conseguir férias tão logo entregasse o primeiro setor instalado na fábrica. À tarde, quando Maria Laura chegou, pediu-lhe que intercedesse para Alejandro vir a Buenos Aires nem que fosse somente por uma semana. Maria Laura disse depois a Rosa que mamãe tinha feito o pedido num momento em que mais ninguém podia ouvi-la.

Tio Roque foi o primeiro a sugerir o que todos já tinham pensado tantas vezes, sem se atrever a falar claro, e quando mamãe ditou a Rosa outra carta para Alejandro, insistindo na sua vinda, decidiu-se que o remédio era arriscar, ver se mamãe estava em condições de receber a primeira notícia desagradável. Carlos consultou o Dr. Bonifaz, que aconselhou prudência em gotas. Deixaram passar o tempo necessário, e uma tarde tio Roque sentou-se aos pés da cama de mamãe, enquanto Rosa preparava o chimarrão olhando pela janela da sacada, junto à cômoda dos remédios.

– Imagine que agora começo a compreender um pouco por que este diabo de sobrinho não resolver vir nos ver – disse tio Roque. – O que acontece é que ele não quis preocupá-la sabendo que você ainda não está bem.

Mamãe olhou-o como se não entendesse.

– Hoje os Novalli telefonaram, parece que Maria Laura recebeu notícias de Alejandro. Está bem, mas não vai poder viajar durante alguns meses.

– Por que não vai poder viajar? – perguntou mamãe.

– Por que tem qualquer coisa no pé, parece. No tornozelo, acho. Temos que perguntar a Maria Laura para que nos conte o que aconteceu. O velho Novalli falou em fratura ou alguma coisa do gênero.

– Fratura no tornozelo? – disse mamãe.

Antes que tio Roque pudesse responder, Rosa já apanhara o vidro dos sais. O Dr. Bonifaz veio logo, tudo aconteceu em poucas horas, mas foram horas muito longas e o Dr. Bonifaz não se separou da família até tarde da noite. Só dois dias depois mamãe melhorou o suficiente para pedir a Pepa que escrevesse a Alejandro. Quando Pepa, que não compreendia direito, chegou, como sempre, com o bloco e a caneta, mamãe fechou os olhos e fez um gesto negativo com a cabeça.

– Escreva você. Diga-lhe para se cuidar.

Pepa obedeceu, sem saber por que escrevia uma frase após outra, já que mamãe não ia ler a carta. Nessa noite, ela disse a Carlos que durante todo o tempo, enquanto escrevia do lado da cama de mamãe, tinha tido a certeza absoluta de que mamãe não ia ler nem assinar aquela carta. Continuava com os olhos fechados e não os abriu até a hora do chá de ervas; parecia ter-se esquecido, estar pensando em outras coisas.

Alejandro respondeu no tom mais natural do mundo, explicando-lhe que não quisera contar o caso da fratura para não afligi-la. No começo, tinham se enganado e colocaram um gesso que teve de ser trocado, mas já tinha melhorado e dentro de algumas semanas podia começar a andar. Seria coisa para uns dois meses ao todo, mas o desagradável era que seu trabalho estava enormemente atrasado, no pior momento e...

Carlos, que lia a carta em voz alta, teve a impressão de que mamãe não o ouvia como das outras vezes. De vez em quando olhava para o relógio, o que nela era sinal de impaciência. Às sete horas Rosa devia trazer o caldo com as gotas do Dr. Bonifaz e já eram sete e cinco.

– Bem – disse Carlos, dobrando a carta – Está vendo que tudo vai bem, o rapaz não tem nada sério.

– Claro – disse mamãe. – Olhe, diga a Rosa para andar depressa.

Mamãe ouviu atentamente as explicações de Maria Laura sobre a fratura de Alejandro e até lhe disse que recomendasse umas fricções que tinham feito tanto bem a seu pai quando caiu do cavalo em Matanzas. Quase em seguida, como se fosse parte da mesma frase, perguntou se não poderiam dar-lhe umas gotas de água de alfazema, que sempre lhe clareavam as idéias.

A primeira a falar foi Maria Laura, naquela mesma tarde. Disse a Rosa na sala, antes de ir embora, e Rosa ficou perplexa, como se não pudesse acreditar no que tinha ouvido.

– Por favor – disse Rosa. Como é que você pode imaginar uma coisa assim?

– Não imagino, é verdade – disse Maria Laura. – Eu não volto mais, Rosa, peçam-me o que quiserem, mas eu não torno a entrar nesse quarto.

No fundo ninguém achava muito absurda a cisma de Maria Laura, mas tia Clélia resumiu o sentimento de todos quando disse que, numa casa como a deles, o dever era o dever. Rosa foi incumbida de ir à casa dos Novalli, mas Maria Laura teve um ataque de choro tão histérico que não houve remédio senão concordar com a decisão dela; Pepa e Rosa começaram, naquela mesma tarde, a fazer comentários sobre o muito que a pobre da moça tinha que estudar e como estava cansada. Mamãe não disse nada, e quando chegou quinta-feira não perguntou por Maria Laura. Nesta quinta-feira completavam-se dez meses da partida de Alejandro para o Brasil. A empresa estava tão satisfeita com os seus serviços que, algumas semanas depois, propuseram-lhe renovação do contrato por mais um ano, desde que aceitasse embarcar imediatamente para Belém, onde iria instalar outra fábrica. Tio Roque achava isso formidável, um grande êxito para um rapaz com tão poucos anos. – Alejandro foi sempre o mais inteligente – disse mamãe. – Assim como Carlos é o mais pertinaz.

– Você tem razão – disse tio Roque, indagando consigo mesmo que bicho teria mordido mamãe aquele dia. – A verdade, irmã, é que você tem uns filhos ótimos.

– Sim, não posso me queixar. O pai teria gostado de vê-los crescidos. As moças, tão boas, e o coitado do Carlos, tão caseiro.

– E Alejandro, com o futuro pela frente.

– Ah, sim – disse mamãe.

– Olhe só esse novo contrato que lhe ofereceram... Enfim, quando você tiver ânimo, poderá responder à carta de seu filho; deve estar com o rabo entre as pernas pensando que você não vai gostar da notícia da renovação.

– Ah, sim – respondeu mamãe, olhando para o teto. – Mande Pepa escrever, ela já sabe.

Pepa escreveu, sem estar certa do que devia dizer a Alejandro, mas convencida de que sempre era melhor ter um texto completo para evitar contradições nas respostas. Alejandro, do seu lado, ficou muito satisfeito de que a mamãe compreendesse a oportunidade que lhe ofereciam. O problema do tornozelo ia muito bem, assim que pudesse tiraria férias para vir ter com eles durante uma quinzena.

Mamãe concordou com um gesto leve, e perguntou se já havia chegado La Razón para que Carlos lesse os telegramas. Na casa, tudo ficara em ordem sem esforço, agora que pareciam ter acabado os sobressaltos e a saúde de mamãe se mantinha estacionária. Os filhos se revezavam fazendo-lhe companhia; tio Roque e tia Clélia entravam e saíam a toda hora. Carlos lia-lhe o jornal à noite e Pepa de manhã. Rosa e tia Clélia tratavam dos remédios e dos banhos; tio Roque tomava chimarrão no quarto duas ou três vezes por dia. Mamãe nunca ficava sozinha, nunca perguntava por Maria Laura; cada três semanas recebia, sem comentários, notícias de Alejandro; pedia a Pepa que respondesse e falava em outra coisa, sempre inteligente, atenta e distante.

Foi por essa época que tio Roque começou a ler-lhe as notícias sobre a tensão com o Brasil. As primeiras foram escritas nas margens dos jornais, mas mamãe não se preocupava com a perfeição da leitura e, depois de alguns dias, tio Roque se habituou a improvisar na hora. No começo, acompanhava os telegramas alarmantes com algum comentário sobre os problemas que aquilo poderia criar para Alejandro e os demais argentinos residentes no Brasil, mas como mamãe não parecia preocupar-se deixou de insistir; contudo, de tantos em tantos dias agravava um pouco mais a situação. Nas cartas de Alejandro mencionava-se a possibilidade de um rompimento das relações, se bem que o rapaz fosse o otimista de sempre e estivesse convencido de que os chanceleres solucionariam o conflito.

Mamãe não fazia comentários, talvez porque ainda faltava muito para que Alejandro pudesse pedir férias, mas uma noite perguntou subitamente ao Dr. Bonifaz se a situação com o Brasil era tão grave quanto falavam os jornais.

– Com o Brasil? Bem, sim as coisas não andam lá muito boas – disse o médico – Esperemos que o bom senso dos estadistas...

Mamãe olhava-o espantada de que ele tivesse respondido sem vacilar. Suspirou levemente, e mudou de conversa. Nessa noite pareceu mais animada do que das outras vezes e o Dr. Bonifaz retirou-se satisfeito. No dia seguinte, tia Clélia adoeceu; os desmaios pareciam coisa passageira, mas o Dr. Bonifaz falou com tio Roque e aconselhou-o a internar tia Clélia numa casa de saúde. Disseram para mamãe que nesse momento ouvia notícias do Brasil trazidas por Carlos com o

vespertino, que tia Clélia estava com uma enxaqueca que não a deixava sair da cama. Tiveram a noite toda para pensar no que iriam fazer, mas tio Roque ficara arrasado depois da conversa com o Dr. Bonifaz, e Carlos e as moças tiveram que resolver o problema. Rosa lembrou a quinta de Manolita Valle com aquele ar puro; no segundo dia da enxaqueca da tia Clélia, Carlos conduziu a conversa com tanta habilidade que foi como se mamãe houvesse aconselhado pessoalmente uma temporada na quinta da Manolita, que faria tanto bem a Clélia. Um companheiro de escritório de Carlos ofereceu-se para levá-la em seu carro, visto que o trem era cansativo com aquela enxaqueca. Tia Clélia foi a primeira a querer se despedir de mamãe, e Carlos e tio Roque levaram-na passo a passo para que mamãe lhe recomendasse não pegar friagem nesses automóveis de agora e que não se esquecesse do sal de frutas todas as noites.

– Clélia estava muito congestionada – disse mamãe a Pepa, de tarde. – Me deu muito má impressão, sabe?

– Ora, com uns dias na quinta ela vai se refazer muito bem. Tem andado muito cansada de uns meses para cá; lembro-me de que Manolita lhe pediu que fosse fazer companhia a ela na quinta.

– Sim? É estranho, ela nunca me disse nada.

– Para que você não ficasse aflita, com certeza.

– E quanto tempo vai ficar lá, filhinha?

Pepa não sabia, mas logo perguntaria ao Dr. Bonifaz, que aconselhara a mudança de clima. Mamãe não tornou a tocar no assunto durante alguns dias (tia Clélia acabava de ter uma síncope na casa de saúde, e Rosa rezava com tio Roque para lhe fazer companhia).

– Eu imagino quando será que Clélia vai voltar – disse mamãe.

– Que coisa, uma vez na vida a coitada resolve deixá-la e mudar um pouco de ambiente...

– Sim, mas vocês disseram que ela não tinha nada.

– Claro que não tem nada. Agora ela fica por prazer ou para acompanhar Manolita; você sabe como são amigas.

– Telefone para a quinta e pergunte quando é que ela vai voltar – disse mamãe.

Rosa telefonou para a quinta e disseram que tia Clélia estava passando melhor, mas que ainda se sentia um pouco enfraquecida, de novo que ia aproveitar para ficar mais uns dias. O tempo em Olvarría estava esplêndido.

– Não gosto nada disso – disse mamãe – Clélia já devia ter voltado.

– Por favor, mamãe, não fique tão preocupada. Por que você não melhora logo e vai junto com Clélia e Manoelita tomar sol na quinta?

– Eu? – disse mamãe fitando Carlos com uma expressão quase de assombro, de escândalo, de ofensa. Carlos começou a rir para disfarçar o que estava sentindo (tia Clélia estava gravíssima, Pepa acabara de telefonar) e beijou-a na face como a uma menina levada.

– Mãezinha boba – disse, tratando de não pensar em nada.

Nessa noite mamãe dormiu muito mal e perguntou por Clélia desde o amanhecer, como se àquela hora pudessem ter notícia da quinta (tia Clélia acabava de morrer e resolveram velá-la na capela). Às oito telefonaram para a quinta do telefone da sala para que mamãe pudesse ouvir a conversa, e, felizmente, tia Clélia passara uma noite bastante boa, mas o médico de Manolita a aconselhara a ficar enquanto fizesse bom tempo. Carlos estava muito satisfeito com o fechamento do escritório para inventário e balanço, e veio de pijama tomar chimarrão ao pé da cama de mamãe para conversar um pouco com ela.

– Olhe – disse mamãe – eu acho que devíamos escrever para Alejandro vir visitar a tia dele. Foi sempre o predileto de Clélia, é justo que venha.

– Mas, mamãe, se tia Clélia não tem nada.

– Escreva e diga-lhe que Clélia está doente e que precisa vir vê-la.

– Mas quantas vezes temos que repetir que Clélia não tem nada de grave?

– Se não é grave, melhor. Mas não custa nada escrever-lhe.

Escreveram nessa mesma tarde e leram a carta para mamãe. Nos dias em que devia chegar a resposta de Alejandro (tia Clélia continuava bem, mas o médico de Manolita insistia em que devia aproveitar o bom clima da quinta), a situação diplomática com o Brasil agravou-se ainda mais e Carlos disse para mamãe que não seria de admirar se as cartas de Alejandro demorassem a chegar.

– Parece de propósito – disse mamãe. – Vocês vão ver que ele também não poderá vir.

Nenhum deles se animava a ler-lhe a carta de Alejandro. Reunidos na sala de jantar, olhavam o lugar vazio de tia Clélia, entreolhavam-se, vacilando.

– É um absurdo – disse Carlos. – Já estamos tão habituados com esta comédia, que uma cena a mais ou a menos...

– Então leve você – disse Pepa, enquanto seus olhos se enchiam de lágrimas que ela enxugava com o guardanapo.

– O que é que você quer, há qualquer coisa que não funciona. Agora, cada vez que entro no quarto dela, como que espero uma surpresa, quase uma armadilha.

– A culpa é de Maria Laura – disse Rosa. – Ela nos enfiou a idéia na cabeça e já não podemos agir com naturalidade. E por cúmulo, tia Clélia...

– Olha, agora que você lembrou, acho que seria conveniente falar com Maria Laura – disse tio Roque – O mais lógico é que ela viesse depois dos exames e falasse com sua mãe que Alejandro não vai poder viajar.

– Mas você não sente um frio por dentro com o fato de mamãe não perguntar mais por Maria Laura, apesar de Alejandro falar nela em todas as suas cartas?

– Não se trata de minha temperatura por dentro – disse tio Roque – As coisas se fazem ou não se fazem, e acabou-se.

Rosa levou duas horas para convencer Maria Laura, mas era a sua melhor amiga e Maria Laura gostava muito deles, até de mamãe, embora tivesse medo dela.

Foi preciso preparar uma outra carta, que Maria Laura trouxe com um buquê de flores e as balas de tangerina de que mamãe gostava. Sim, felizmente os piores exames já tinham acabado e ela podia ir descansar algumas semanas em San Vicente.

– O ar do campo lhe fará bem – disse mamãe. – Em compensação, Clélia... Você telefonou hoje para a quinta, Pepa? Ah, sim, lembro-me de que você me disse... Bem, já faz três semanas que Clélia foi embora, e olhe...

Maria Laura e Rosa fizeram os comentários adequados, chegou a bandeja do chá, Maria Laura leu para mamãe uns trechos da carta de Alejandro com a notícia do confinamento provisório de todos os técnicos estrangeiros, e a sorte de estar hospedado num hotel esplêndido por conta do governo, à espera que os chanceleres

solucionassem o conflito. Mamãe não fez nenhum comentário, tomou sua xícara de tília e foi adormecendo. As moças continuaram conversando na sala, mais aliviadas. Maria Laura estava por ir embora quando lhe ocorreu a história do telefone e falou com Rosa. Rosa achava que Carlos também tinha pensado nisso, e mais tarde falou com tio Roque, que encolheu os ombros. Diante dessa situação, não havia outro jeito senão fazer um gesto e continuar lendo o jornal. Mas Rosa e Pepa falaram também com Carlos, que desistiu de achar uma explicação, a não ser aceitar o que ninguém queria aceitar.

– Veremos – disse Carlos. – Ainda pode ser que ela cisme e nos peça. Nesse caso...

Mas mamãe nunca pediu que a levassem até o telefone para falar pessoalmente com tia Clélia. Toda manhã perguntava se tinham recebido notícias da quinta e, depois, voltava ao seu silêncio, onde o tempo parecia contar-se por doses de remédios ou xícaras de tília. Não lhe desagradava que tio Roque chegasse com La Razón para ler as últimas notícias do conflito com o Brasil, mas também não parecia preocupar-se com o fato de o jornaleiro chegar atrasado ou tio Roque se distrair mais do que de costume com um problema de xadrez. Rosa e Pepa chegaram a convencer-se de que mamãe já não se importava que lhe lessem ou não as notícias, ou telefonassem para a quinta, ou trouxessem carta de Alejandro. Mas não se podia ter certeza, porque às vezes levantava a cabeça e as olhava com o olhar profundo de sempre, no que não havia nenhuma mudança, nenhuma aceitação. A rotina abrangia a todos e, para Rosa, telefonar para um buraco preto na extremidade do fio era tão simples e cotidiano como para tio Roque continuar lendo falsos telegramas sobre um fundo de anúncios de leilões ou notícias de futebol, ou para Carlos entrar com as particularidades de sua visita à quinta de Olavarría e os embrulhos de frutas que Manolita e tia Clélia mandavam. Nem sequer durante os últimos meses de vida de mamãe os hábitos mudaram, embora já tivessem pouca importância. O Dr. Bonifaz disse-lhes que felizmente mamãe nada sofreria e se apagaria sem que notasse. Mas mamãe manteve-se lúcida até o fim, quando já os filhos a rodeavam sem poder fingir o que sentiam.

– Como vocês foram bons comigo – disse mamãe – Esse trabalho todo que vocês tiveram para que eu não sofresse.

Tio Roque estava sentado junto dela e acariciou-lhe jovialmente a mão, chamando-a de boba. Pepa e Rosa fingindo que procuravam alguma coisa na cômoda, já sabiam que Maria Laura tinha razão: sabiam o que, de certa maneira, sempre tinham sabido.

– Vocês tomaram tanta conta de mim... – disse mamãe, e Pepa apertou a mão de Rosa, porque finalmente aquelas palavras tornavam a colocar tudo na ordem, restabeleciam a longa comédia necessária. Mas Carlos, ao pé da cama, olhava para mamãe como se soubesse que ela ia dizer mais alguma coisa

– Agora vocês vão poder descansar – disse mamãe. – Já não lhes daremos mais trabalho.

Tio Roque ia reclamar, dizer alguma coisa, mas Carlos aproximou-se dele e apertou-lhe violentamente o ombro. Mamãe perdia-se, pouco a pouco, numa sonolência, era melhor não incomodá-la.

Três dias depois do enterro chegou a última carta de Alejandro, na qual, como sempre, perguntava pela saúde de mamãe e de tia Clélia. Rosa, que a recebera, abriu-a começou a lê-la sem pensar e, quando levantou os olhos, porque de repente as lágrimas a cegavam, percebeu que enquanto lia a carta estivera pensando de que forma haveriam de dar a Alejandro a notícia da morte de mamãe.

SERÁ QUE EU ESCAPO DESSA?

(Rubem Alves)

Doutor, agora que estamos sozinhos quero lhe fazer uma pergunta:

– “Será que eu escapo dessa?” Mas, por favor, não responda agora porque sei o que o senhor vai dizer. O senhor vai desconversar e responder: “Estamos fazendo tudo o que é possível para que você viva”. Mas nesse momento não estou interessada naquilo que o senhor e todos os médicos do mundo estão fazendo. Olhe, eu ou uma mulher inteligente. Sei a resposta para minha pergunta. Os sinais são claros. Sei que vou morrer.

O que eu desejo é que o senhor me ajude a morrer. Morrer é difícil. Não só por causa da morte mesma mas porque todos, na melhor das intenções, a cercam de mentiras. Sei que na escola de medicina os senhores aprendem a ajudar as pessoas a viver. Mas haverá professores que ensinam a arte de ajudar as pessoas a morrer? Ou isso não faz parte dos saberes de um médico? Meus parentes mais queridos se sentem perdidos. Quando quero falar sobre a morte eles logo dizem: “Tira essa idéia de morte da cabeça. Você estará boa logo...” Mentem. Então eu me calo. Quando saem do quarto longe de mim, choram.

Sei que eles me amam. Querem me enganar para me poupar de sofrimento. Mas são fracos e não sabem o que falar... Fico então numa grande solidão. Não há ninguém com quem eu possa conversar honestamente. Fica tudo num faz de contas...

As visitas vem, assentam-se, sorriem, comentam as coisas do cotidiano. Fazem de contas que estão fazendo uma visita normal. Eu me esforço por ser delicada. Sorrio. Acho estranho que uma pessoa que está morrendo tenha a obrigação social de ser delicada com as visitas. As coisas sobre que falam não me interessam. Dão-me, ao contrário, um grande cansaço. Elas pensam que estou ali na cama. Não sabem que já estou longe. Sou “uma ausência que se demora, uma despedida pronta a cumprir-se...” Remo minha canoa no grande rio, rumo à terceira margem. Meu tempo é curto e não posso desperdiçá-lo ouvindo banalidades. Contaram-me de um teólogo místico que teve um tumor no cérebro. O médico lhe disse a verdade. “O senhor tem mais seis meses de vida...” Ai ele se virou para a mulher e disse: “Chegou a hora das

liturgias do morrer. Quero ficar só com você. Leremos juntos os poemas e ouviremos as músicas do morrer e do viver. A morte é o acorde final dessa sonata que é a vida. Toda sonata tem de terminar. Tudo o que é perfeito deseja morrer. Vida e morte se pertencem. E não quero que essa solidão bonita seja perturbada por pessoas que têm medo de olhar para a morte. Quero a companhia de uns poucos amigos que conversarão comigo sem dissimulações. Ou somente ficarão em silêncio”.

Enquanto pude li os poetas. Nesses dias eles têm sido os meus companheiros. Seus poemas conversam comigo. Os religiosos não me ajudam. Eles nada sabem sobre poesia. O que eles sabem são doutrinas sobre o outro mundo. Mas o outro mundo não me interessa. Não vou gastar o meu tempo pensando nele. Se Deus existe, então não há porque me preocupar com o outro mundo porque Deus é amor. Se Deus não existe então não há porque me preocupar com o outro mundo porque ele não existe e nada me faltará se eu mesmo faltar. Ah ! Como seria bom se as pessoas que me amam me lessem os poemas que amo. Então eu sentiria a presença de Deus. Ouvir música e ler poesia são para mim, as supremas manifestações do divino.

A consciência da proximidade da morte me tornou lúcida. Meus sentimentos ficaram simples e claros. O que sinto é tristeza porque não quero morrer e a vida é cheia de tantas coisas boas. Um amigo me contou que sua filha de dois anos o acordou pela manhã e lhe perguntou: “Papai, quando você morrer você vai sentir saudades?” Foi o jeito que ela teve de dizer: “Papai, quando você morrer eu vou sentir saudades?”

Na cama o dia todo fico a meditar: “Nas escolas ensinam-se tantas coisas inúteis que não servem para nada. Mas nada se ensina sobre o morrer”. Me diga doutor, “O que lhe ensinaram na escola de medicina sobre o morrer? Sei que lhe ensinaram muito sobre a morte como um fenômeno biológico. Mas o que lhe ensinaram sobre a morte como uma experiência humana? Para isso teria sido necessário que os médicos lessem os poetas. Os poetas foram lidos como parte do seu currículo? Não lhe ensinaram sobre o morrer humano porque ele não pode ser dito com a linguagem da ciência. A ciência só lida com generalidades. Mas a morte de uma pessoa é um evento único, nunca houve e nunca haverá outro igual. Minha morte será única no universo ! Uma estrela vai se apagar.

Nesse ponto seus remédios são totalmente inúteis. O senhor os receita como desengano de consciência, para consolar a minha família, ilusões para dizer que algo está sendo feito. O senhor está tentando dar. Não devia. Há um momento da vida em que é preciso perder a esperança. Abandonada a esperança a luta cessa e vem então a paz.

E agora, doutor, depois de eu ter falado, me responda: “Será que eu saio dessa? Então eu ficarei feliz se o senhor não me der aquela resposta boba mas se assentar ao lado da minha cama e, olhando nos meus olhos, me disser: “Você está com medo de morrer. Eu também tenho medo de morrer... “Então poderemos conversar de igual para igual.

Mas há algo que os seus remédios podem fazer. Não quero morrer com dor. E a ciência tem recursos para isso. Muitos médicos se enchem de escrúpulos por medo que os sedativos matem. Preservam a sua consciência a qualquer custo e deixam o moribundo sofrendo. Mas isso é fazer com que o final da sonata não seja um acorde de beleza mas um acorde de gritos. A vida humana tem a ver com a possibilidade de alegria! Quando a possibilidade de alegria se vai, a vida humana se foi também. E esse é o meu último pedido: quero que minha sonata termine bonita e em paz. Morrendo...

SOBRE A MORTE E O MORRER

(Rubem Alves)

O que é vida? Mais precisamente, o que é a vida de um ser humano? O que e quem a define?

Já tive medo da morte. Hoje não tenho mais. O que sinto é uma enorme tristeza. Concordo com Mário Quintana: “Morrer, que me importa? (...) O diabo é deixar de viver”. A vida é tão boa! Não quero ir embora...

Eram 6h. Minha filha me acordou. Ela tinha três anos. Fez-me então a pergunta que eu nunca imaginara: “Papai, quando você morrer, você vai sentir saudades?” Emudeci. Não sabia o que dizer. Ela entendeu e veio em meu socorro. “Não chore, que eu vou te abraçar...” Ela, menina de três anos, sabia que a morte é onde mora a saudade.

Cecília Meireles sentia algo parecido: “E eu fico a imaginar se depois de muito navegar a algum lugar enfim se chega.... O que será, talvez, até mais triste. Nem barcas, nem gaivotas. Apenas sobre humanas companhias... Com que tristeza o horizonte avisto, aproximado e sem recurso. Que pena a vida ser só isto...”

Da. Clara era uma velhinha de 95 anos, lá em Minas. Vivia numa religiosidade mansa, sem culpas ou medos. Na cama, cega, a filha lhe lia a Bíblia. De repente, ela fez um gesto, interrompendo a leitura. O que ela tinha a dizer era infinitamente mais importante. “Minha filha, sei que minha hora está chegando... Mas, que pena! A vida é tão boa...”

Mas tenho muito medo do morrer. O morrer pode vir acompanhado de dores, humilhações, aparelhos e tubos enfiados no meu corpo, contra a minha vontade, sem que eu nada possa fazer, porque já não sou mais dono de mim mesmo; solidão, ninguém tem coragem ou palavras para, de mãos dadas comigo, falar sobre a minha morte, medo de que a passagem seja demorada. Bom seria se, depois de anunciada, ela acontecesse de forma mansa e sem dores, longe dos hospitais, em meio às pessoas que se ama, em meio a visões de beleza.

Mas a medicina não entende. Um amigo contou-me dos últimos dias do seu pai, já bem velho. As dores eram terríveis. Era-lhe insuportável a visão do sofrimento

do pai. Dirigiu-se, então, ao médico: “O senhor não poderia aumentar a dose dos analgésicos, para que meu pai não sofra?”. O médico olhou-o com olhar severo e disse: “O senhor está sugerindo que eu pratique a eutanásia?”

Há dores que fazem sentido, como as dores do parto: uma vida nova está nascendo. Mas há dores que não fazem sentido nenhum. Seu velho pai morreu sofrendo uma dor inútil. Qual foi o ganho humano? Que eu saiba, apenas a consciência apaziguada do médico, que dormiu em paz por haver feito aquilo que o costume mandava; costume a que freqüentemente se dá o nome de ética.

Um outro velhinho querido, 92 anos, cego, surdo, todos os esfíncteres sem controle, numa cama – de repente um acontecimento feliz! O coração parou. Ah, com certeza fora o seu anjo da guarda, que assim punha um fim à sua miséria! Mas o médico, movido pelos automatismos costumeiros, apressou-se a cumprir seu dever; debruçou-se sobre o velhinho e o fez respirar de novo. Sofreu inutilmente por mais dois dias antes de tocar de novo o acorde final.

Dir-me-ão que é dever dos médicos fazer todo o possível para que a vida continue. Eu também, da minha forma, luto pela vida. A literatura tem o poder de ressuscitar os mortos. Aprendi com Alberto Schweitzer que a ‘reverência pela vida’ é o supremo princípio ético do amor. Mas o que é vida? Mais precisamente, o que é a vida de um ser humano? O que e quem a define? O coração que continua a bater num corpo aparentemente morto? Ou serão os zigzagues nos vídeos dos monitores, que indicam a presença de ondas cerebrais?

Confesso que, na minha experiência de ser humano, nunca me encontrei com a vida sob a forma de batidas de coração ou ondas cerebrais. A vida humana não se define biologicamente. Permanecemos humanos enquanto existe em nós a esperança da beleza e da alegria. Morta a possibilidade de sentir alegria ou gozar a beleza, o corpo se transforma numa casca de cigarra vazia.

Muitos dos chamados “recursos heróicos” para manter vivo um paciente são, do meu ponto de vista, uma violência ao princípio da “reverência da vida”. Porque, se os médicos dessem ouvidos ao pedido que a vida está fazendo, eles a ouviriam dizer: “Liberta-me”.

Comovi-me com o drama do jovem francês Vincent Humbert, de 22 anos, há três anos cego, surdo, mudo, tetraplégico, vítima de um acidente automobilístico. Comunicava-se por meio do único dedo que podia movimentar. E foi assim que escreveu livro em que dizia: “morri em 24 de setembro de 2000. Desde aquele dia, eu não vivo. Fazem-me viver. Para quem, para que, eu não sei...” Implorava que lhe dessem o direito de morrer. Como as autoridades, movidas pelo costume e pelas leis, se recusassem, sua mãe realizou seu desejo. A morte libertou-o do sofrimento.

Dizem as escrituras sagradas: “Para tudo há o seu tempo. Há tempo para nascer e tempo para morrer”. A morte e a vida não são contrárias. São irmãs. A “reverência pela vida” exige que sejamos sábios para permitir que a morte chegue quando a vida deseja ir. Cheguei a sugerir uma nova especialidade médica, simétrica à obstetrícia: a “morienterapia”, o cuidado com os que estão morrendo. A missão da morienterapia seria cuidar da vida que se prepara para partir. Cuidar para que ela seja mansa, sem dores e cercada de amigos, longe de UTIs. Já encontrei a padroeira para essa nova especialidade: a “Pietà” de Michelangelo, com o Cristo morto nos seus braços. Nos braços daquela mãe o morrer deixa de causar medo.

O MÉDICO À PROCURA DO SER HUMANO

(Rubem Alves)

Antigamente a simples presença do médico irradiava vida. Antigamente os médicos eram também feiticeiros. “Mestre, diga uma única palavra, e minha filha será curada...”. A vida circulava nas relações de afeto que ligavam o médico àqueles que o cercavam. Naquele tempo os médicos sabiam dessas coisas. Hoje não sabem mais.

Aquele médico do lado da menina: não se parece ele com um cavaleiro solitário que vai sozinho lutar contra a morte? Naquele tempo os médicos sabiam qual era seu destino. Havia muito sofrimento, sim.

Havia muito medo. Medo e sofrimento são parte da substância da vida. Mas nunca soube de um médico que ficasse estressado. Não são as batalhas que produzem o estresse. As batalhas, ao contrário, dão coesão, pureza, integração ao corpo e à alma. O cavaleiro solitário é um herói com o corpo coberto de cicatrizes mas de alma inteira. Os estressados são aqueles que, sem ter uma batalha a travar, são puxados em todas as direções por uma legião de demônios.

A imagem do cavaleiro solitário que luta contra a morte é uma imagem romântica. Bela. Comovente. Quem não desejaria ser um? Criticam o romantismo. Fernando Pessoa comenta: mas não é verdade que a alma é incuravelmente romântica? O médico de antigamente era um herói romântico, vestido de branco. As jovens donzelas e as mulheres casadas suspiravam ao vê-lo passar. Ainda bem que a consulta permitia o gozo puro do toque da sua mão.

O cavaleiro solitário que luta contra a morte é um santo. Quem, jamais, ousaria pensar qualquer coisa de mau contra o médico? Hoje são comuns os processos contra os médicos por imperícia. Ser médico transformou-se num risco. Porque ninguém mais acredita na sua santidade. Talvez porque eles tenham deixado mesmo de ser santos... Mas, naquele tempo, as pessoas julgavam que o médico era um santo, e porque as pessoas pensavam assim, eles eram santos.

Eu me apaixonei pela imagem. Queria ser feiticeiro. Queria ser o cavaleiro solitário que luta contra a morte. Queria ser o santo. E esse ideal, para mim, não era uma abstração. Ele tinha um nome: Albert Schweitzer – um dos homens mais geniais

do século XX. Organista, escritor, teólogo, fez um trato com Deus: até os 30 anos, faria essas coisas que lhe davam prazer cultural. Depois, iria se dedicar inteiramente aos sofredores. Entrou para a escola de medicina aos 30 anos e, depois de médico, passou o resto da vida num lugar perdido das selvas africanas, construiu um hospital de madeira e sapé onde distribuía alívio da dor. Claro, nunca ficou rico. Nem teve estresse. Sua bela imagem o fazia feliz. Ganhou o Prêmio Nobel da Paz.

Não fui médico. Mas segui pela vida encantado por aquele quadro. O encanto foi quebrado quando fui fazer meu doutoramento nos Estados Unidos. Um dia fui ouvir uma palestra do diretor do hospital da cidade de Princenton, NJ, onde eu estudava. Ele começou sua prelação com esta afirmação que estilhaçou o quadro: “o hospital de Princenton é uma empresa que vende serviços”. “Meus Deus”, eu pensei. “Aquele médico não existe mais”.

E percebi que, agora, os médicos se encontram lado a lado como prestadores de serviços, os encanadores, os eletricitas, os vendedores de seguro, os agentes funerários, os motoristas de táxi. É só procurar na lista de classificados. A presença mágica já não existe. O médico é um profissional como os outros. Perdeu a sua aura sagrada. E me veio, então, uma definição do médico compatível com a definição que o diretor dera para o hospital de Princenton: “um médico é uma unidade biopsicológica móvel, portadora de conhecimentos especializados, e que vende serviços”.

Essa imagem, em absoluta conformidade com as condições sociais e econômicas do mundo moderno, não fez nada comigo. Não me comoveu. Não desejei ser igual. O mito de Narciso, eu acho, é o mito mais profundo. Todos nós, como Narciso, estamos em busca da nossa bela imagem. Mas para ver a nossa bela imagem temos necessidade de espelhos. Espelhos são os outros. É no rosto dos outros que vemos a nossa própria imagem refletida. Nos tempos antigos todas as pessoas eram espelhos para o médico. Todos o conheciam. Todos olhavam para ele com admiração. Hoje, morto o médico do quadro, o médico é agora procurado não por ser amado e conhecido, mas por constar no catálogo do convênio.

Seus espelhos não são mais os clientes, parentes, todo mundo. São os seus pares: colegas de empresa, sócios de consultório, congressos. Perigosas, essas

relações entre pares. O primeiro assassinato registrado foi de um irmão que matou o irmão. A relação do médico antigo com seus espelhos era uma relação de gratidão e admiração. A relação do médico de hoje com seus espelhos é uma relação de inveja e competição. Acho que os médicos, hoje, são infelizes por causa disto: eles resolveram ser médicos por desejar ser belos como o cavaleiro solitário, puros como o santo, e admirados como o feiticeiro. Era isso que estava dentro deles, ao tomarem a decisão de estudar medicina. E é isso que continua a viver na sua alma, como saudade.

É. A vida lhes pregou uma peça. E hoje a imagem que eles vêem, refletida no espelho, é a de uma unidade biopsicológica móvel, portadora de conhecimentos especializados, e que vende serviços... Os médicos sofrem por saudade de uma imagem que não existe mais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Vera Lúcia. Gerontologia: ensino, pesquisa e trajetórias. Revista Kairós, SP 8(1), Jun 2005, pág. 175-180.
- _____. Vera Lúcia Valsecchi. Velhice e projeto de vida: possibilidades e desafios. Velhice e envelhecimento complex(idade). Beltrina Côrte, Elisabeth Frohlich Mercadante, Irene Gaeta Arcuri (org). São Paulo. Vetor, 2005, pp 93-110.
- ALVES, Rubem. O médico. Campinas, SP. Ed. Papirus, 4ª. Edição, 2003.
- _____. Rubem. Morte. Campinas, SP, Editora Papirus, 2000.
- _____. Rubem. Sobre a morte e o morrer. Internet. Disponível em <http://www.releituras.com/rubemalves-menu.asp>.
- _____. Rubem. Sobre o direito de morrer. Quarto de badulaques(LXXIX). Interne. Disponível em <http://www.rubemalves.com.br/quartodebadulaquesLXXIX.htm>
- _____. Rubem. O médico à procura do ser humano. Revista Ser Médico. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Ed.22, Jan/Fev/Mar 2003.
- BALDESSIN, Anísio. Como visitar um doente. Orientações práticas para padres, pastores e agentes da pastoral de saúde. São Paulo. Ed. Loyola, 2002.
- BALLONE, GJ – Humanização do atendimento em saúde. In Psiqweb, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br>, 2006.
- BARCELOS, J.A. – O hospice: eliminar a dor para viver a vida e encarar a morte. In Camilianos, Internet, disponível em <http://www.camilianos.org.br>, 2002.
- BRITO, Stela. Mito de Quirão. In Portodoceu, Internet, disponível em <http://www.portodoceu.terra.com/artesimbolismo/mitos-09.asp>, 2006.
- BUSCAGLIA, Leo. A história de uma folha: uma fábula para todas as idades. Ed. Record, 1999.
- CALDWELL, Taylor. Médico de Homens e de almas. 31ª. Ed. Editora Record, 2002.

- CARVALHO, M.M.M.J. (org). Dor um estudo multidisciplinar. São Paulo. Editora Summus, 1999.
- CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2004.
- CONSENSO NACIONAL DE DOR ONCOLÓGICA. Coordenação Sociedade Brasileira para o Estudo da dor (SBED), Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (SBCP), Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC). São Paulo: EPM – Editora Projetos Médicos, 2002.
- CÔRTE, Beltrina. Biotecnologia e longevidade: o envelhecimento como um problema solucionável? Velhice e envelhecimento complex(idade). Beltrina Côrte, Elisabeth Frohlich Mercadante, Irene Gaeta Arcuri (org). São Paulo. Vetor, 2005, pp 241-263.
- CORTAZAR, Júlio. A saúde dos doentes. Todos os fogos. O fogo. Círculo do livro, 2ª. Edição, 1975.
- DASTUR, Françoise. A morte. Ensaio sobre a finitude. Tradução Maria Tereza Pontes. RJ. Editora Difel, 2002.
- DECLARAÇÃO DE VENEZA. Disponível em <http://direitomedico.hpg.ig.com.br/veneza.htm>. 1993.
- DRANE, James; Pessini, Leo. Bioética, medicina e tecnologia: Desafios éticos na fronteira do conhecimento humano. São Paulo. Centro Universitário São Camilo. Edições Loyola, 2004.
- ENDO, Paulo. Sujeito histórico, sujeito psíquico. Revista Kairós, São Paulo, Caderno temático 2, ago 2002, pp 39-56.
- FARAH, Elias. A urgente humanização da clínica médica. In Artigos Revista do CEPE, Internet, disponível em http://www.academus.pro.br/professor/eliasfarah/artigos_urgente.htm, 2006.
- FRAGOSO, Vitor. O mito, uma necessidade do homem? In Psicoforum, Internet, disponível em <http://psicoforum.tripod.com.br/index/artigos/Mito1.htm>, 2005.
- GALLIAN, Dante MC – A (re) humanização da medicina. In Unifesp, Internet, disponível em <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial029.htm>, 2006.

- GUIMARÃES, Carlos. O poder do mito. In Geocities, Internet, disponível em <http://geocities.yahoo.com.br/carlos.guimaraes/mitos.htm>, 2005.
- HENNEZEL, Marie de; Leloup, Jean-Yves. A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade. Petrópolis, 7ª. Edição, 2004.
- _____. Marie de. A morte íntima: aqueles que vão morrer nos ensinam a viver. São Paulo. Ed. Idéias e Letras, 2004.
- HERNÁNDEZ, A.M.G. – Formación en cuidados paliativos – uma revisão. In Gador, Internet, disponível em <http://www.gador.com.br/cys/prevencion.htm>, 2002.
- KOVÁCS, Maria Júlia. Morte e desenvolvimento humano. SP. Casa do Psicólogo, 4ª. Edição, 2002.
- LOPES, Ruth Gelehter da Costa. Século XXI: os velhos ainda precisam ser “indignos”? Velhice e envelhecimento complex(idade). Beltrina Côrte, Elisabeth Frohlich Mercadante, Irene Gaeta Arcuri (org). São Paulo. Vetor, 2005, pp 83-92.
- MACHADO, Antonio Carlos – O homem e o mito. In Geocities, Internet, disponível em <http://www.geocities.com/Athens/Agora/1417/MitLogos.html>, 2005.
- MALDONADO, Mauro. A morte: a parábola do tempo. Pesquisas de psicologia fenomenológica. Traduzido por Maria Margarida Cavalcanti Limena. Revista Kairós, São Paulo 6(2), dez 2003, pp.19-29.
- MARTIN, Leonard M. – Os direitos humanos nos códigos brasileiros de ética médica – ciência, lucro e compaixão em conflito. SP. Centro Universitário São Camilo. Edições Loyola, 2002
- MARTINS, Maria Cezira Fantini Nogueira. Humanização na saúde. In Portal Humaniza, Internet, disponível em <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=57>.
- MENEZES, Rachel Aisengart. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. RJ. Garamond: Fiocruz, 2004.
- _____. Em busca da boa morte. In Antropologia, Internet, disponível em http://www.antropologia.com.br/res/res_atual.2htm, 2005.

- MERCADANTE, Elisabeth Frohlich. Velhice: uma questão complexa. Velhice e envelhecimento complex(idade). Beltrina Côrte, Elisabeth Frohlich Mercadante, Irene Gaeta Arcuri (org). São Paulo. Vetor, 2005, pp 23-34.
- MONTEIRO, Pedro Paulo. Somos Velhos porque o tempo não pára. Velhice e envelhecimento complex(idade). Beltrina Côrte, Elisabeth Frohlich Mercadante, Irene Gaeta Arcuri (org). São Paulo. Vetor, 2005, pp 57-82.
- PESSINI, Leo; Bertachini, Luciana. Humanização e cuidados paliativos. Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2004.
- _____. O que entender por cuidados paliativos? Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2006.
- _____. Morrer com dignidade: como ajudar um paciente terminal. São Paulo. Editora Santuário, 1990.
- PONDE, Luiz Felipe. Primeiro fragmento de uma crítica à razão infeliz. Revista Kairós, São Paulo 6(2), dez 2003, pp. 31-44.
- PY, Lúgia. De estrelas e brilhos infinitos. A Terceira Idade, São Paulo, v.17, n35, p. 7-17, feve 2006.
- PY, Lúgia; OLIVEIRA, Ana Cláudia. Humanizando o adeus à vida. In. PESSINI, Leo, BERTACHINI, Luciana (orgs). Humanização e Cuidados Paliativos, pp. 135-147. Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2004.
- REZENDE, Vera Lúcia (org). Reflexões sobre a vida e a morte. Abordagem interdisciplinar do paciente terminal. Campinas, SP. Editora da Unicamp, 2000.
- ROSS, Elizabeth Kubler. Sobre a morte e o morrer. São Paulo, Editora Martins Fontes, 2ª. Edição brasileira, 1985.
- SARAMAGO, José. As intermitências da morte. São Paulo, Companhia das Letras, 2005.
- SIEGAL, Bernie S. Amor, Medicina e Milgares. Editora Best Seller, 1989.
- SILVA, Carlos Henrique Debenedito. A moralidade dos Cuidados Paliativos. Revista Brasileira de Cancerologia, 2004; 50(4): 330-333.

- SOUZA, Ricardo Pires. Máquinas de viver e morrer. Velhice e envelhecimento complex(idade). Beltrina Côrte, Elisabeth Frohlich Mercadante, Irene Gaeta Arcuri (org). São Paulo. Vetor, 2005, pp 205-212.
- TAVARES, Ida Estevaneli. Algumas considerações preliminares sobre humanização e medicina. In Portal Humaniza, Intenert, disponível em <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=34>.
- TÓRTORA, Silvana. Ética da vida e do envelhecimento. Envelhecimento e velhice – um guia para a vida Beltrina Côrte, Elisabeth Frohlich Mercadante, Irene Gaeta Arcuri (org). São Paulo. Vetor, 2006, pp 27-48.
- VOLICH, Rubens Marcelo. O cuidar e o sonhar. Por uma outra visão da ação terapêutica e do ato educativo. O mundo em saúde, ano 24, v.4, jul/ago 2000, p. 237-45.

OBRAS CONSULTADAS

- ARIÈS, Philippe. História da morte no Ocidente. Tradução Priscila Viana de Siqueira. RJ, Ediouro, 2003.
- BARBOSA, S.M.M; Vallente, M.T.; Okay, Y. Medicina paliativa: a redefinição da experiência humana no processo de adoecer. Revista Dor – Pesquisa, Clínica e Terapêutica, 2001; 3(2): 61-68.
- BARRETA, Luz Marina. El suicídio asistido como problema moral y de salud. Disponível em <http://www.us.es/araucaria/nro3/ideas.3htm>.
- BARRETA, Luz Marina. El suicídio asistido como problema moral y de salud publica. Disponível em <http://www.us.es/araucaria/nro3/ideas3.htm>.
- CALLIGARIS, Contardo. Viver por quê? Jornal Folha de São Paulo, 10 de fevereiro de 2005.
- CÉSAR, Bel. Morrer não se improvisa. Relatos que ajudam a compreender as necessidades emocionais e espirituais daqueles que enfrentam a morte. São Paulo. Editora Gaia, 2001.
- CHAUÍ, Marilena. Mitologia – Mito e mitologia In Mitologia, Internet, disponível em http://www.mitologia.hpg.ig.com.br/cultura_e_curiosidades/89/index_pri_1.html, 2005.
- _____. Mitologia e ciência. In Mitologia, Internet, disponível em <http://www.adorofisica.com.br/trabalhos/alkimia/hist2/trab1.htm>, 2005.
- COLLUCCI, Cláudia. Conselho de Medicina de São Paulo apóia eutanásia. Jornal Folha de São Paulo, 04 de julho de 2005.
- DERECHO A LA VIDA Y EUTANÁSIA. Acortar la vida o acortar la muerte? Disponível em http://www.uv.es/AFD/XV_abstracts/ausin_abs.html.
- DINIZ, Débora; Guilhem, Dirce. O que é bioética. São Paulo. Editora Braziliense, 2005 (Coleção primeiros passos).

- ELIAS, Norbert. A solidão dos moribundos: seguido de “envelhecer e morrer”. RJ, 2001.
- FARIA, Carlos Coelho de. A vida não tem idade: uma experiência a serviço da gerontologia social. Departamento de Geriatria D. Pedro II. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 1973.
- FERNÁNDEZ, Oscar. Historia de la filosofía. In. Oscar Fernández, Internet, disponível em <http://www.terra.es/personal/ofernandezg/>, 2006.
- FIGUEIREDO, Marco Tulio de Assis Figueiredo. Entrevista. A Terceira Idade, São Paulo, v.17, no. 35, p.79-99, fev 2006.
- FONTES, Carlos – Religião e filosofia. In Origem da Filosofia, Internet, disponível em <http://afilosofia.no.sapo.pt/10filosOriente.htm>, 2005.
- GIGLIOTTI, Alcy. A morte na poesia. Disponível em <http://kplus.cosmo.com.br/materia.asp?co=28rv=Literatura>.
- HERRANZ, Gonzalo. Eutanásia y dignidad del morir. Disponível em <http://www.unav.es/cdb/uncib3b.htm>.
- HORTA, Márcio Palis – Problemas éticos da morte e do morrer. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br>.
- KOVÁCS, Maria Júlia. Educação para a morte. Desafio na formação de profissionais de saúde e Educação. São Paulo. Casa do Psicólogo, 1ª. Edição, 2003.
- KOVÁCS, Maria Júlia. Educação para a morte. Temas e reflexões. São Paulo. Casa do Psicólogo. 1ª. Edição, 2003.
- KOVÁCS, Maria Júlia. As tramas do tempo: perdas e luto no ciclo vital. Revista Kairós, São Paulo 8(1), jun 2005, pp113-122.
- LA MUERTE. Disponível em <http://www.ar.geocities.com/muertet/Muert.doc>.
- LABAKI, Maria Elisa Pessoa. Morte. Clínica Psicanalítica. São Paulo. Casa do Psicólogo. 2ª. Edição, 2003.
- LOPES, Adriana Dias. A delicada tarefa de lidar com a dor. Jornal O Estado de São Paulo, 20 de março de 2005.
- MARTIN, Leonard M. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/include/biblioteca_virtual/bioetica/ParteIIIeutanasia.htm.
- MITOLOGIA GREGA. Tanato. Tanatos. Disponível em <http://www.sobiografias.hpg.ig.com.br/MGTanato.html>.

- MITOLOGIA EGÍPCIA. Disponível em <http://www.nomismatike.hpg.ig.com.br/Mitologia/MitoEgipcia.html>.
- MOREIRA, Virginia. O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2004, 17(3), pp.447-456.
- MOURA, Marisa Decat (org). *Psicanálise e Hospital 3. Tempo e morte: da urgência ao ato analítico*. RJ. Ed.Revinter, 2003.
- MUTO, Eliza; Narloch, Leandro – Quando a vida termina? *Revista Super Interessante*, Dez 05, pág. 46-55.
- NOAL, Fernando Oliveira. As trocas simbólicas e o tempo do desaparecimento. Disponível em <http://www.cfh.ufsc.br/~dich/TextoCaderno55.pdf>.
- O INDIVÍDUO E A MORTE. Disponível em <http://www.espacoacademico.com.br/030/30eandrioli.htm>.
- OLIVEIRA, Yara Lima. O país que condenava os velhos. Disponível em <http://www.vertex.com.br/users/san/velhos.htm>.
- OLIVEIRA, Luciano Lima de. As mortes e a morte em oncologia. In *Psicologia, Internet*, disponível em <http://www.sbpo.org.br/producao/MortesOncologia.pdf>.
- PANHOCA, I.; Cássia, R.B.S.; Quitéria, M.F.; Xavier, S. Fonoaudiologia e pediatria. Estudo comparativo entre residentes e pediatras. *Pediatria Moderna*. Vol. XXXIX, n. 11, Nov/Dez, 2003.
- PARKES, Colin Murray. *Luto. Estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo. Summus editorial, 1996.
- PESSINI, Leo. Vida e morte, uma questão de dignidade. *Jornal O Estado de São Paulo*, 27 de março de 2005.
- PESSINI, Leocir. *Solidários na doença: subsídios para os doentes e agentes de pastoral da saúde*. São Paulo. Editora Paulus, 1994.
- PESSINI, Leo. *Distanásia: Até quando prolongar a vida*. São Paulo. Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2001.
- PIERRE, Clarice. *Acompanhamento de doentes crônicos e terminais*. Disponível em <http://www.claricepierre.psc.br>.

- ROSS, Elizabeth Kluber – A roda da vida. Ed. Sextante, 9ª edição, 1998.
- ROSS, Elisabeth Kubler – A morte: um amanhecer. São Paulo. Ed. Pensamento, 1991.
- TEIXEIRA, Manoel Jacob. Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento. São Paulo, Editorial Moreira Jr, 2001.
- VALLS, Álvaro LM. Da ética à bioética. Petrópolis, RJ. Editora Vozes, 2004.
- VOMERO, Maria Fernanda. Morte. Revista Superinteressante, Fev 2002.
- WIKIPEDIA, Mito. In Mito Wikipedia, Internet, disponível em <http://www.wikipedia.org/wiki/Mito>, 2005.
- YAMAGUCHI, Nise. Ortotanásia e eutanásia. Jornal Folha de São Paulo, 26 de março de 2005.

FILMES

1. Invasões bárbaras
2. Mar adentro
3. O quarto do filho
4. Falando da morte com o idoso. Vídeo da série Falando da Morte. Universidade de São Paulo
5. Encontro Marcado
6. A vida é bela
7. Óleo de Lorenzo
8. Amor maior que a vida
9. O sétimo selo
10. Cidade dos anjos
11. Ensina-me a viver
12. Morrendo jovem
13. Minha vida
14. A última grande lição
15. Caminho para casa
16. Golpe do destino
17. Lado a lado
18. O homem bicentenário
19. Terra das sombras
20. O enigma das cartas
21. No limite do silêncio
22. Uma lição de vida
23. Sob a areia
24. Sociedade dos poetas mortos
25. Doce novembro

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)