

Os tempos da morte: a trajetória até a chegada aos hospitais sob uma perspectiva psicanalítica

Arthur Kelles Andrade¹

Resumo

Este artigo busca percorrer, sob uma perspectiva psicanalítica, os caminhos em que a morte era percebida e entendida no ocidente, desde quando ela acontecia em casa, junto a familiares, até sua chegada ao hospital, local onde a maioria das mortes atualmente ocorrem. Para isso, serão discutidos inicialmente os períodos abordados por Philippe Ariès da morte domada, morte de si mesmo, morte do outro e morte invertida. Posteriormente, apresentar-se-á a entrada da morte no hospital, percorrendo sobre as características, consequências e efeitos que sua chegada causou, bem como o desenvolvimento do campo dos cuidados paliativos nesse contexto. Sob esse prisma, será feita uma análise destes movimentos através da Psicanálise, além de apontar desafios que o analista que trabalha em hospitais com a clínica da terminalidade pode enfrentar.

Palavras-chave: morte; psicanálise; hospital; terminalidade; cuidados paliativos.

The times of death: the trajectory to the arrival at hospitals from a psychoanalytical perspective

Abstract

This article seeks to cover, from a psychoanalytical perspective, the ways in which death was perceived and understood in the Occident, from when it happened at home, with family members, until its arrival at the hospital, where most deaths currently occur. For this, the periods approached by Philippe Ariès of tamed death, death of oneself, death of the other and inverted death will be discussed. Subsequently, the entrance of death in the hospital will be presented, discussing the characteristics, consequences and effects that its arrival caused, as well as the development of the field of palliative care in this context. From this perspective, an analysis of these movements will be made through Psychoanalysis, in addition to pointing out challenges that the analyst who works in hospitals with the terminality clinic can face.

Keywords: death; psychoanalysis; hospital; terminality; palliative care.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução

Vivemos hoje em um contexto sociocultural em que a morte é vista como interdita, como um tabu. Não se fala dela, não é um assunto debatido pelas pessoas em seus círculos sociais. Há aqueles que não têm sequer a coragem de pronunciar seu nome. Em hospitais, por exemplo, é comum ouvir de familiares para não contarem ao paciente que ele “está morrendo”, privando-o da possibilidade de lidar com sua própria morte.

Freud (1915/2015) afirma que, embora a dinâmica inconsciente em relação à morte não tenha se alterado desde o homem primevo, a forma como a cultura reage a ela se modificou. Atualmente, devido ao avanço da tecnologia médica, a maior parte das mortes ocorre nas instituições hospitalares, o que gera importantes consequências para o sujeito (Kovács, 2010). Tratando-se da relação inconsciente e morte, ainda agimos como o homem primitivo, em que coexistem duas relações: admitimos a morte do outro, de familiares e desconhecidos, e ao mesmo tempo negamos nossa própria mortalidade, ou seja, a nível inconsciente nos vemos como imortais (Freud, 1915/2015).

É comum ouvir dos médicos “No meu plantão ninguém morre!”. Nos hospitais, a morte é um inimigo a ser vencido. Sendo um lugar primariamente de cura, de luta pela vida, como conviver com seu “oposto”? Entender a morte no contexto de uma luta em que se tenta vencê-la a todo custo acarreta muitos efeitos nos profissionais de saúde e em seu laço social (Kovács, 2010).

Podemos dizer então, de nossa atitude atual perante a morte: uma resposta de fuga, numa tentativa constante de ignorá-la. Freud (1915/2015) aponta nossa relação sempre paradoxal com a morte. Uma das formas desse paradoxo se manifestar hoje é que, ao mesmo tempo que não podemos falar dela, somos inundados por ela a todo momento. Notícias de telejornais proliferam a morte por todos os lugares. Damos destaque aos programas televisivos que somente exibem tragédias e crimes, obtendo ali uma audiência fiel (Kovács, 2003).

Contudo, nem sempre estivemos nessa posição de encarar a morte como algo tão temido. No ocidente, ela já foi vista como familiar por milênios, passando por lentas mudanças durante os séculos e chegando ao status atual de um inimigo a ser combatido pelo discurso médico dentro dos hospitais (Ariès, 2003; Kovács, 2010). Este artigo pretende percorrer, a partir de um olhar psicanalítico, os tempos da morte na História do ocidente, com

o objetivo de destacar os movimentos, às vezes lentos, sutis, às vezes rápidos, de como passamos de um contexto em que a morte era familiar aos sujeitos para um em que ela ocorre nos hospitais, sob o domínio do discurso médico.

A Morte Familiar

Phillipe Ariès construiu em duas detalhadas obras, *História da morte no ocidente* (1974/2003) e *O Homem diante da morte* (1977/2014), um caminho em que podemos vislumbrar diferentes relações do homem com a morte. Ele trata esse caminho em quatro momentos a saber: a morte domada; a morte de si mesmo; a morte do outro e a morte invertida. Propomos também a discussão de um tempo que se insere dentro do paradigma da morte invertida: a morte reumanizada, que se refere à inserção dos Cuidados Paliativos (Kovács, 2003). Há representações que são típicas de cada momento histórico, mas ressaltamos que elas podem ocorrer em qualquer ponto da História (Kovács, 1992).

As mudanças da relação do homem com a morte ocorreram de forma muito lenta e passam por longos períodos de imobilidade. Muitas das atitudes que as pessoas julgam ser contemporâneas de sua época, na verdade são muito mais antigas. Ariès (2003) nos convida a ampliar nosso campo de visão para entender melhor esses momentos de mudança e de rigidez. É interessante notar que, a partir do surgimento das sociedades industriais, estas mudanças ocorrem de maneira cada vez mais rápida. As variações são também cada vez mais conhecidas e publicizadas, visto que há mais pesquisadores se debruçando, à sua própria maneira, sobre o tema da morte.

A Morte Domada

A morte domada, o primeiro tempo definido por Ariès (2003), persistiu por milênios no Ocidente, até aproximadamente o século X. Estas primeiras atitudes perante a morte foram denominadas como anacrônicas, demonstrando o supracitado caráter de rigidez desta relação. Sua característica principal é ver a morte como esperada, como uma etapa necessária da vida (Ariès, 2003). Chamar esse período de morte domada não significa que a relação antes era selvagem e depois se tornou domesticada. O que ocorreu foi justamente o contrário. A nossa relação atual com a morte é entendida por ele como selvagem. Essa atitude de familiaridade perante a morte mudou tanto no decorrer dos séculos que hoje temos grande dificuldade em imaginá-la.

A morte aqui era anunciada. Havia um tempo para se saber que ia morrer, e, conseqüentemente, preparar sua despedida. Devido ao pouco desenvolvimento da tecnologia médica, esse tempo era curto, questão de horas ou poucos dias. Na época, as doenças que hoje são pouco graves e facilmente tratáveis, eram quase sempre mortais. Atualmente esse aspecto se dissolve, dado que é possível estender em muito tempo a vida de alguém sem possibilidade terapêutica de cura, prática conhecida como distanásia.

O aviso da morte vinha principalmente através de um pressentimento da própria pessoa, que interpretava os sinais do próprio corpo. Nem os médicos nem os padres sabiam desse tempo tão bem quanto o enfermo. O saber estava inscrito no corpo do sujeito. Como a morte era tida como familiar, essa intuição não era vista como algo sobrenatural ou mágica (Ariès, 2014).

As mortes inadvertidas, repentinas, por sua vez, eram vivenciadas sob outra perspectiva. Eram vistas como vergonhosas, como um exemplo da cólera de Deus. Esse tipo de morte era tido como algo estranho e monstruoso, e as pessoas não ousavam nem mesmo falar dela. A morte clandestina, como por exemplo de alguém que morreu afogado em um rio, ou uma morte que não teve testemunhas ou cerimônias de despedida, também era vista da mesma forma. É notável apontar como a atitude inversa acontece hoje. As mortes acidentais, repentinas, são aquelas que mais comunicamos, destacando nelas muitas vezes o caráter transitório da vida (Ariès, 2014).

Como o intervalo em que se sabia da iminência da morte e a morte em si era curto, a pessoa não hesitava em organizar os procedimentos de sua despedida, que era feita de maneira muito simples, seguindo basicamente um roteiro: Havia um momento de nostalgia da vida, em que se recordava o que se viveu. Após esse momento, a pessoa perdoava seus companheiros, familiares, e os recomendava a Deus. Realizava-se então uma oração pedindo perdão e se havia um sacerdote presente ele selava a absolvição sacramental (Ariès, 2003).

Deste pequeno roteiro podemos destacar alguns pontos sobre o período da morte domada. Primeiramente, esperava-se a morte deitado no leito, geralmente em casa. A cerimônia de despedida era pública e organizada pela própria pessoa. Caso confundisse algo devido à gravidade de seu quadro clínico, havia outras pessoas para auxiliá-la. É como se o enfermo estivesse no centro de uma assembleia. O quarto do enfermo se tornava, então, cheio de pessoas que entravam e saíam livremente. Nesse período ainda não se haviam formalizado as noções de transmissão de doenças e infecções como temos hoje, portanto essa prática era

tida como normal. Era comum pedestres andando na rua seguirem o padre por saber que ele iria visitar alguém prestes a morrer (Ariès, 2014).

Nestas cerimônias públicas faziam-se presentes familiares, vizinhos, amigos e até mesmo crianças, o que destoava de grande forma de como as coisas são tomadas hoje. Além disso, as representações históricas revelam que os presentes não agiam de forma dramática ou exagerada, não havia crises existenciais ou de angústia. Isso mostra como a morte nesse momento era familiar e próxima a todos (Ariès, 2014).

Contudo, a relação sempre paradoxal com a morte apontada por Freud (1915/2015) pode ser identificada nesse período. Havia sim, essa familiaridade com a morte. No entanto, após a vinda da morte, os vivos se distanciavam o máximo possível dos mortos, temendo essa proximidade. As cerimônias frente à tumba serviam para honrar os mortos, mas também para separar o mundo dos mortos do mundo dos vivos. Assim, os cemitérios, de maneira geral antes do século XII, se localizavam longe dos centros urbanos. Acreditava-se nesse período que os mortos dormiam, não havia a crença tão difundida de uma continuação da vida em outro plano espiritual, que só ocorreria após a vinda do salvador, após o apocalipse. No Hades homérico, por exemplo, o povo extinto, os fantasmas insensíveis dos humanos esgotados dormiam na morte (Ariès, 2014).

A Morte de Si Mesmo

Na segunda fase da Idade Média, a partir dos séculos XI e XII, essa atitude diante da morte passou a ser parcialmente alterada, em lentos movimentos. Introduzimos aí o tempo da morte de si mesmo, ainda sob o paradigma da morte domada, porém com ligeiras modificações. Estas modificações passarão a alterar o status de familiar que a morte até então sustentava na sociedade ocidental, adquirindo um caráter mais particular (Ariès, 2003).

Predominava uma concepção coletiva de destinação, não se pensava no destino pessoal de cada um após a morte. Contudo, a crença de destinação coletiva passou a dar lugar à destinação individual pós-morte, a morte de si mesmo. Os mortos, que antes dormiam, acordavam no grande retorno de Deus e passariam a eternidade no paraíso, agora passam por um julgamento sobre suas ações durante a vida (Ariès, 2014).

Confiar seu corpo à igreja e aos santos como na morte domada já não traz garantia de salvação. A divisão entre bons e maus que antes era coletiva - sujeitar sua vida à igreja e à proteção dos santos ou não - se tornou uma divisão individual, representada a partir de uma

balança que pesava as boas e más ações do indivíduo durante a vida ou por um livro contábil, em que se anotava todos os feitos do sujeito (Ariès, 2003).

Podemos considerar que esta mudança de destino coletivo ao individual evidencia a própria divisão subjetiva no contato com a iminência da morte. Repartir nossas ações em boas e más remete à divisão do aparelho psíquico que é evidenciada quando em contato com a morte.

Esse julgamento foi representado, por exemplo, em afrescos do século XV com as pessoas chegando a seu julgamento com o livro de contas pendurado em seus pescoços, como algo próprio, uma biografia particular que seria apresentada às portas do paraíso. Algumas representações mostram que os santos poderiam intervir em seu favor, assim nem tudo ainda dependia inteiramente das ações do sujeito, a morte não era tão avassaladora. O sujeito poderia pedir um recurso sobre seu destino, e enquanto isso vivia em uma espécie de sombra.

Houve aqui um momento de retorno às representações artísticas da morte no leito, como na morte domada, modelo de morte que continua até hoje, acontecendo agora no leito hospitalar. Contudo, na morte de si mesmo, há o acréscimo do julgamento final, não havendo mais a recepção familiar da morte. O medo da morte e, conseqüentemente de seu destino após ela, passou a aparecer. Introduziu-se a crença que o homem revia toda sua vida no momento de sua morte, de uma só vez, como um flash. Acreditava-se que sua atitude diante desse reavivamento daria o tom conclusivo a sua biografia particular. Assim, ter uma boa morte era mais importante que ter boas ações durante sua vida (Ariès, 2003). É possível vislumbrar estes aspectos nas obras “São Jerônimo Escrevendo” de Caravaggio, “Morte na Bola” de Félicien Rops, “O Pesadelo” de Füssli, dentre tantos outros artistas.

A Morte do Outro

A morte do outro traz um novo sentido na relação do homem com a morte, começando a se caracterizar a partir do século XVIII. Neste tempo, a morte é romântica, dramatizada e arrebatadora. No entanto, não nos referimos aqui à morte do sujeito em si. A morte romântica é a do outro, que inspira saudades e nostalgia em quem fica (Ariès, 2003).

Ariès (2003) identifica nesse período uma erotização da morte, em um movimento em que se associa a morte ao amor. A morte passa a ser representada por temas erótico-macabros, como um espetáculo, com suplícios e sofrimento. O sexo, tema que também é tabu, emerge em textos literários e poéticos, atrelando-se à morte ao se referir ao êxtase da morte como um

êxtase sexual. Ela não será desejável, mas admirável por sua beleza, por isso diz-se da morte romântica, representada por uma dor apaixonada. Cabe destacar que o romantismo também influenciou a obra freudiana e que o autor também enfatiza e articula o sexo e a morte como importantes temas em sua metapsicologia.

A morte possui o ser e seu corpo, levando sua consciência racional a outro plano espiritual. Nesse sentido, ela é considerada como algo indesejado que expulsa o homem de sua vida cotidiana, racional, de trabalhador para jogá-lo em um mundo irracional e permeado por violência. Insere-se a visão da morte como uma ruptura, atitude até então inédita (Ariès, 2003).

Alguns ritos seguem com similaridades: a morte no leito continua, cercado de vizinhos, familiares e amigos, com o controle da cerimônia cada vez mais sob o poder dos padres, e, conseqüentemente, da igreja. A diferença é que esse momento já não é mais visto como uma cerimônia natural, como uma mera solenidade. O que domina o momento da morte física é uma nova paixão, tomada pela emoção. Há uma encenação, com choros, gestos e súplicas (Ariès, 2014).

Não apenas o momento da despedida comove: somente ao pensar na morte as pessoas já ficam emocionadas. Ariès (2003) atribui essa nova atitude, essa “afetividade macabra” (p.69) à religião emotiva do catolicismo romântico e do metodismo protestante. Essa mudança se tornou um dos traços do romantismo no século XVIII: a complacência com a morte.

O luto também se torna dramático e extenso. Ele é visto como uma obrigação dos sobreviventes. Quem não expressa sua dor nem por um tempo curto não é bem visto pelos demais. Assim, jejua-se, desmaia-se, etc. Estes ritos são todos devidamente fixados pela liturgia (Ariès, 2014).

A morte do outro torna-se, desse modo, mais temida que a própria morte individual. Isso produz a origem do culto moderno dos túmulos e dos cemitérios. Como já discutido, na Idade Média o importante era que o corpo estivesse dentro dos terrenos da igreja, não sendo muito relevante sua localização exata. A partir do século XIV essa preocupação gradativamente passou a existir. Contudo, a visita ao túmulo ainda não havia se instaurado (Ariès, 2003).

Depois de séculos utilizando a mesma prática, a igreja passou a ser criticada por não cuidar dos corpos, que se amontoavam e exalavam odores fétidos. Passou-se a ter o desejo de

enterrar os entes queridos perto de si, em uma propriedade privada, para que então pudessem ser visitados. Iniciou-se a comercialização dos cemitérios e túmulos. Eles passaram a ser projetados como parques, como locais agradáveis a visitas dos amigos e familiares (Ariès, 2003).

Ao resgatar estes aspectos históricos sobre as atitudes diante da morte, cabe apontar que vivenciar a morte como natural, não significa que sua chegada era sem angústia. Lidar com um paciente com diagnóstico de doença terminal, entender que a morte é uma parte da vida, não uma inimiga a ser vencida a todo custo, não impede que o sofrimento e o desamparo apareçam em diferentes formas clínicas.

Vislumbramos neste percurso como a atitude diante da morte se alterou em diferentes períodos históricos. Assim, desde um cenário em que era esperada, ocorrendo em casa, lentamente ela foi se tornando temida, e passou a ser oculta da vida pública. Através de diversos fatores, como a aproximação dos cemitérios aos centros urbanos, a definição do destino final de vida a partir de ações individuais, e não mais coletivas e do surgimento de práticas de cuidado dos corpos pós morte, foram se desenhando as coordenadas do que acontece hoje: as situações de terminalidade ocorrendo dentro dos hospitais. Com isso, quais as características atuais dos processos de morte? Sob o comando de quem eles ocorrem? É possível haver despedidas?

A morte Chega Ao Hospital

A morte invertida surge nos séculos XIX e XX, modificando totalmente o paradigma perante a morte. Os homens se tornam mudos diante de sua finitude, age-se como se ela não existisse. A morte é vergonhosa, suja, um inimigo a ser vencido, devendo ser sempre escondida (Ariès, 2003). Na morte invertida, é a própria morte que se pretende matar (Pujó, 2006).

Existe neste tempo mais uma vez a correlação do sexo com a morte, desta vez pelo seu caráter de tabu, de não poder ser discutido. Ariès (2003) afirma que nas sociedades industrializadas o interdito da morte é tão grande que tomou o lugar do sexo como o tabu maior. Ele cita como exemplo os textos freudianos: o material produzido pelo pai da psicanálise sobre a sexualidade infantil se espalhou na sociedade, ainda que de forma polêmica; já os textos sobre o luto não tiveram o mesmo impacto.

A partir da morte do outro, o enfermo passou a delegar sua participação nos ritos finais a seus familiares. Já se havia iniciado uma mudança em comparação a morte domada, em que ser dono da própria vida incluía também ser dono da própria morte, havendo uma total participação e autonomia do sujeito. Agora, com o controle das decisões mais graves e importantes nas mãos de familiares, assim que um risco já surge, a família tende a privar o sujeito desta informação e de sua liberdade (Ariès, 2003).

Gradualmente, o enfermo passou a ser privado de sua própria morte. Ele não pode saber que está morrendo, que a morte está próxima, porque isso lhe traria muito sofrimento, ele não saberia lidar com essa notícia tão traumática. O que na morte domada era familiar e público, na morte do outro era dramático e exagerado, passa a ser dissimulado e escondido na morte invertida. As famílias já não mais aceitam conviver tão proximamente com a morte de seu ente querido. O novo costume de morrer na ignorância de sua morte se torna uma regra moral (Ariès, 2003).

Há nesse ponto também uma relação de amor ao outro, como se fosse uma tentativa de não o magoar e protegê-lo. Há uma infantilização do indivíduo, ele é tratado como se fosse uma criança incapaz de entender e tomar suas próprias decisões, ou, em termos psicanalíticos, o sujeito é alienado de sua própria condição clínica, de seu corpo. O paciente, por sua vez, aceita toda a situação porque se convence que é para seu próprio bem. E, caso perceba a gravidade de seu caso, finge não saber (Kovács, 1992).

Considerar apenas o controle das decisões cada vez maior da família no final da vida não é suficiente para justificar a rapidez com que a morte se tornou interdita. Temos que analisar também o desenvolvimento da medicina e de sua tecnologia. Além de suas conquistas no estudo das patologias, ela introduziu a partir do século XIX uma mudança no pensamento do homem contemporâneo, mudando o local de morte de casa para o leito hospitalar e biologizando a morte, substituindo-a pela doença (Ariès, 2003).

Com tratamentos médicos mais potentes para as patologias e a dificuldade cada vez maior da família em lidar com a doença terminal, o local de morte se altera. Morria-se em casa, em sua própria cama. Agora o destino final do sujeito é o leito hospitalar. Ao pensarmos a morte no hospital temos que considerar os efeitos do poder médico nestas relações, pois a morte se torna medicalizada.

De maneira geral, a transferência do local de morte para o hospital começou timidamente em 1930 e se fortaleceu na década de 50. No início do século XX, a família passou a ter dificuldades em esconder o enfermo de pessoas curiosas. A assimilação das noções de higiene e assepsia pela sociedade também influenciou na distância cada vez maior entre o enfermo e os outros moradores. Assim, onde antes havia amigos, vizinhos e família para cuidar do paciente, agora as opções se tornam mais escassas. Poucos querem assumir a tarefa do cuidado no fim da vida. Concomitantemente ao avanço da medicina e sua nova aparelhagem tecnológica, o paciente passou a ficar mais tempo no hospital. Lá era onde ele teria mais recursos e seria melhor cuidado. A família se tornou conivente à situação, pois era mais uma forma de garantir que a morte acontecesse com menos publicidade possível (Ariès, 2014).

Uma doença que outrora fora rapidamente mortal perdeu esse valor. Hoje, elas são doenças crônicas, como cardiopatias, doenças que acometem órgãos vitais como fígado, rins, pulmão e doenças sexualmente transmissíveis (Kovács, 2010). A doença incurável ou com a fama de sê-lo passou a ocupar a representação antiga da morte, principalmente o câncer, que ainda é visto como algo hediondo e assustador. Podemos pensar também, atualmente, no Covid, que durante os momentos mais intensos da pandemia tomou esse lugar de representação de doença incurável.

Pode-se viver indefinidamente sob ajuda de novas cirurgias, aparelhos e exames. A perda de um órgão ou membro já não indica o fim de uma vida: há próteses, ostomias, e outras tecnologias que permitem a continuação da vida. Por se viver mais durante mais anos, doenças neurológicas e demências tornam-se prevalentes na população idosa. As doenças crônicas são mais comuns em adultos e idosos, mas podem acontecer também em crianças e adolescentes. Os cuidados paliativos nesse público tratam de uma variedade de enfermidades e podem durar muitos anos (Hennemann-Krause, 2012).

Pensamos com Hennemann-Krause um paradoxo da morte nos dias atuais:

A princípio, poderíamos acreditar que a morte nas mãos da moderna tecnologia médica seria um evento mais digno e mais natural que antes. Hoje dispomos de maior saber técnico científico sobre fisiologia, diagnóstico e tratamento; possuímos máquinas que substituem o funcionamento de órgãos; podemos controlar a dor e outros sintomas de modo satisfatório; conhecemos mecanismos psicológicos e temos recursos para aliviar o sofrimento do processo de morrer. Ou seja, possuímos todos os recursos para que nossos pacientes vivam bem e morram em paz e com dignidade. Mas isto não tornou a morte um evento digno (Hennemann-Krause, 2012, p. 20).

Um dos efeitos desse processo é a estratificação da morte. Ela já não é vista como a separação do corpo e da alma. Numa tentativa de firmar seu status de interdita, hoje a dividimos em etapas, buscando escamotear seu impacto: temos a morte cerebral, a morte celular e a morte biológica. Percebemos a morte como suja, algo inconveniente a ser escondido. Com o possível prolongamento da vida pela tecnologia médica, que opera sobre o sujeito com novos tratamentos e medicações, o paciente convive com a doença crônica em uma constante luta com seu tratamento curativo, e o corpo conseqüentemente começa a se deteriorar ainda em vida. A decomposição do corpo atualmente se inicia não após a morte, mas antes dela. “A morte já não causa medo apenas por sua negatividade absoluta, provoca náuseas como qualquer espetáculo repugnante” (Ariès, 2014, p.768).

É comum isolar pacientes em leitos hospitalares por estarem com tumores muito visíveis, ou com feridas com odor forte. A morte não é mais vista como bela, por aquela dor apaixonada característica da morte do outro, o destacado aqui são seus aspectos repugnantes. Não são todos que têm permissão para visitar o paciente em estado mais grave em um leito cheirando a secreções, sangue e urina. Tornar a morte pública se tornou indecente. Assim, a ciência começa a incidir também na forma de apreensão social e tratamento moral da morte.

O discurso médico é o discurso dominante no contexto hospitalar. Portanto, o poder sobre as decisões terapêuticas se coloca primeiramente nas mãos da equipe de saúde. No contexto da morte interdita, estes profissionais não são formados para lidar com a morte de forma natural, ela é uma inimiga a ser vencida, o objetivo final é a cura do paciente, e conseqüentemente sua vida. Eles não possuem estratégias e habilidades para lidar com essa situação.

Uma das conseqüências desse modelo é que, quando a equipe toma conhecimento de um diagnóstico de doença terminal, pode-se atrasar a comunicação à família e paciente, eliciando diversas respostas nestes profissionais, como frieza no atendimento, sentimentos de angústia, de impotência e de derrota. Estas estratégias defensivas que buscam ocultar a morte trazem a ilusão de que é possível vencê-la. “Os “combatentes” da morte na atualidade são os profissionais de saúde, principalmente médicos aos quais se atribui (e alguns se atribuem), o papel de donos da vida e da morte” (Kovács, 2010, p. 421).

O médico passou a renunciar o papel de comunicador de más notícias a partir do século XVIII e na morte invertida só fala quando solicitado (Ariès, 2003). Quando se dirigia ao paciente em sua própria casa era menos sigiloso e absoluto do que no hospital. No

ambiente hospitalar, faz parte de um sistema que tem como princípios a disciplina, organização e anonimato. Clavreul (1983) afirma que o médico atua não como representante de si, mas como representante do discurso médico, dirigindo-se ao paciente não como um sujeito, e sim como um corpo habitado por uma doença a ser eliminada.

No ambiente hospitalar, a morte é vista pela equipe como um acidente, sinal de impotência ou imperícia médica, não como uma etapa natural da vida. Ela não deve de maneira alguma atrapalhar a rotina do hospital, o que gera muitos chamados ao analista ali inserido. A equipe de saúde espera em alguns momentos que o analista com seu saber cale toda a subjetividade que surge no contato com o real da morte. O discurso médico preza pela ordem, e qualquer manifestação de subjetividade é rapidamente abafada, tamponada (Clavreul, 1983).

Tocar no assunto da finitude da vida é como tocar em um vespeiro, abrir portas para o sofrimento, para a exaltação das emoções e o drama. Apenas em evocar seu nome já causa desconforto nas pessoas. A última coisa que o hospital quer é a dramaticidade e o sofrimento. O ideal é que o paciente e sua família se comportem, estejam amansados, para que o trabalho na instituição não se altere. Se uma notícia de doença incurável é recebida, o indicado é que não haja lágrimas, choros e gritos. Deve-se suportar em silêncio, não há espaço para elaboração desse diagnóstico. O paciente deve estar sempre disposto a tentar mais, a se submeter aos tratamentos e intervenções. Não pode aceitar a morte. Morrer discretamente adquire um caráter de dignidade, um ato de etiqueta a ser cumprido pelo enfermo e por sua família.

Dentro da unidade hospitalar, além do paciente dever ser docilizado e aceitar resignadamente sua morte, o luto também é recusado e visto como patológico, tanto no campo dos profissionais de saúde quanto da família que acaba de perder um ente querido. Espera-se que ao receber a notícia do falecimento, todos reajam calmamente, sem demonstrar grandes emoções. A mesma exigência paira sobre a equipe, que assim que um paciente morre, outro já está no leito, não havendo tempo para que se elabore a morte. É um contexto em que o luto profissional não é considerado (Kovács, 2010)

Ariès (2003) usa de uma metáfora de Gorer para expressar a semelhança entre o sexo e a morte como interdito nesse contexto: choramos às escondidas, em particular, como quando nos despimos e nos masturbamos. O choro enlutado, assim como o sexo, não é algo que se possa fazer em público.

Ainda persiste a relação paradoxal da morte conforme apontada por Freud. Ariès (2014) destaca: “expulsa pela sociedade, a morte volta pela janela, tão depressa quanto desaparecera” (p. 757). É o que Kovács (2003) diz da morte escancarada. Nesse paradoxo, a morte é interdita, não se fala sobre ela, mas ao mesmo tempo nunca tivemos tanto contato com ela. Há maiores índices de mortes violentas, fácil divulgação e acesso a assassinatos, suicídios. A morte está mais frequente na mídia, existe um consumo da violência. Contudo, essa exposição se dá com excesso de imagens e poucas palavras, não há espaço para elaboração.

Outro fator que contribui para o silenciamento e assujeitamento do enfermo é que, em nossa sociedade capitalista e que demanda sempre corpos que produzem, ele não é mais útil socialmente. É mal-visto porque não pode produzir mais nada. A sociedade do capital não sabe o que fazer com corpos que não produzem mais (Kovács, 2010).

O hospital pode ser visto como um microcosmo em que se reflete importantes pontos da sociedade capitalista. Entendemos a morte como o fracasso total da sociedade do capital, que valoriza o ter sobre o ser. O corpo morto é aquele que não produz e que não consome, e assim que se torna morto, é transformado também em objeto de consumo (Hennemann-Krause, 2012).

Desse modo, os corpos mortos se tornam comercializados. Há empresas especializadas para fazer com que a família tenha o mínimo contato possível com os ritos que outrora eram presididos pelo enfermo: escolher o caixão, como será o velório, o local mais bonito no cemitério para ser enterrado, etc. Pode-se maquiar o corpo para que ele não pareça morto, fugindo o máximo possível da morte suja. Há taxas e impostos a serem pagas para o governo. Paga-se um preço caro para morrer hoje (Kovács, 2010).

Morte reumanizada?

No período da morte interdita houve um grande desenvolvimento das ciências. No campo das humanidades, havia vasta produção sobre sexualidade, família, política e religião. No entanto, não havia estudos sobre a história ou sociologia da morte. Houve um silenciamento das produções nesse campo, talvez com exceção dos textos freudianos. Apenas a partir de 1951 com Edgar Morin e sua obra *O Homem e a Morte* que as pesquisas sobre a morte começaram a ser publicadas. Iniciou-se um movimento em que a sociologia e a psicologia redescobrem a morte, estudando-a a partir de seus saberes.

Podemos identificar esse novo tempo da morte nas contribuições de Cicely Saunders e Elizabeth Kübler-Ross ao desenvolverem em seus trabalhos os princípios básicos do que hoje se denomina cuidados paliativos. Seus trabalhos ocorreram concomitantemente aos estudos históricos e sociológicos sobre a morte na década de 50. Cicely Saunders foi assistente social, enfermeira e médica e Elizabeth Kübler-Ross teve sua formação médica em psiquiatria. Saunders foi a pioneira no movimento Hospices modernos e Kübler-Ross teve seu trabalho amplamente divulgado, sendo seu livro mais conhecido *Sobre a morte e o morrer*, publicado em 1969, onde descreve as famosas cinco fases que a pessoa pode passar ao enfrentar a morte ou no período de luto.

Iniciou-se aí uma abordagem reativa e defensiva em relação à morte interdita, que encontra seu ápice de manifestação nos hospitais. Kovács (2003) denomina este tempo como *morte reumanizada*. Não estamos propondo que o tempo da morte invertida foi finalizado e iniciou-se um novo período. Apontamos apenas as mudanças nas atitudes perante a morte que estão ocorrendo atualmente. Neste contexto, o foco do tratamento não é mais a cura do paciente, pois estamos lidando com doenças sem perspectiva de cura, mas sim no seu cuidado, focando no alívio de seus sintomas físicos e biológicos, ampliando o cuidado para as esferas psicossociais e espirituais.

Os cuidados paliativos se baseiam em princípios, não em protocolos. Não é prioridade seguir um protocolo quando uma questão surge, pois eles desconsideram a singularidade, indicando passos ou fluxogramas a serem obedecidos dependendo dos indicadores biológicos do paciente (Hennemann-Krause, 2012).

Em teoria, a demanda do paciente se torna o centro das ações terapêuticas, sendo a base da prática dos cuidados paliativos. Essa atitude traz novas perspectivas ao atendimento do paciente, pois na prática dos cuidados paliativos seus desejos e necessidades são considerados, sempre dentro do possível de ser realizado. O alívio aos sintomas físicos busca manter a autonomia do sujeito para que ele possa tomar suas próprias decisões. O paciente encontra um espaço para elaborar a iminência da morte e suas consequências (Hennemann-Krause, 2012).

Por abranger aspectos do ser humano que não são apenas o biológico, os cuidados paliativos têm uma abordagem multidisciplinar. A equipe pode ser composta por médicos, enfermeiros, psicanalistas, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, capelães, entre outros campos de saber.

Entende-se que a formação da equipe é sempre constante, e que a comunicação entre os membros é componente essencial para um bom atendimento ao paciente.

O atendimento da equipe de cuidados paliativos não se restringe ao paciente. Atende-se também à família, que ao passar por essa situação traumática também sofre efeitos. O familiar cuidador se afasta de sua rotina social, econômica e profissional para cuidar do paciente, e também passa pelo chamado luto antecipatório, elaborando a iminência da morte de seu ente querido. Com essa nova perspectiva de tratar da morte, a família também é considerada, pois entende-se que com a noção de laço social, o sujeito não sofre sozinho. Os cuidados à família podem continuar até mesmo após o óbito, auxiliando no processo de luto.

Busca-se utilizar de toda a tecnologia adquirida para que a morte chegue no tempo ideal, ou seja, tem-se como princípio a ortotanásia. A eutanásia, acelerando o momento da morte, e a distanásia, adiando o fim da vida, não são práticas bioéticas aceitáveis (Kovács, 2010).

Contudo, a prática dos cuidados paliativos ainda enfrenta muitas dificuldades de inserção. Falta formação dos profissionais, que ainda agem sob o paradigma da cura, não do cuidado. As decisões pautadas na bioética são complicadas, nem sempre se chega a um consenso entre paciente, família e equipe e até mesmo dentro da própria equipe de saúde. No Brasil, a prática ainda é recente, iniciando na década de 80 e passando por uma expansão nos anos 2000, lidando diariamente com muitas resistências nas instituições hospitalares (Matsumoto, 2012).

Cabe apontar que essa perspectiva coloca no horizonte a possibilidade de suposto alívio total dos sintomas do paciente e do total apaziguamento de sua angústia. Freud em *O Mal-estar na cultura* (1930/2020), delinea um importante aspecto da prática do analista: como a promessa de felicidade pode trazer grandes malefícios. As ditas formas de encontrar a felicidade proferidas pela sociedade ou são fadadas ao fracasso ou geram mal-estar nos sujeitos, pois há uma disjunção estrutural entre o desejo e a cultura.

Para o autor, não é possível atingirmos a felicidade por três motivos: a) nossa própria constituição psíquica, que é cindida, e por isso, sempre conflituosa; b) por condições externas a nós, referentes ao mundo, como as grandes catástrofes, e; c) para conviver em sociedade, pagamos o preço de não podermos expressar nossas pulsões de maneira completa, parte delas

é recalcada. Por não haver garantias para a felicidade ou para a supressão total da dor ou angústia, a discussão da dimensão ética da psicanálise se torna de grande relevância.

Lacan no *Seminário 7 (1959-60/1997)* ao tratar da ética da psicanálise, diz que o que nos demandam em análise é a demanda de felicidade, o que é situado por ele também como um fator político. É importante estarmos sempre atentos para o nosso desejo de querer fazer o bem em análise, em buscar a cura do sujeito, ou prometer, ainda que de forma subentendida, uma felicidade.

“O que articulei este ano consistiu em mostrar-lhes, escolhendo os termos entre os mais salientes, a distância percorrida, digamos, desde Aristóteles - e em fazer-lhes sentir a que ponto abordamos as coisas num nível diferente, quando estamos longe de toda e qualquer formulação de uma disciplina da felicidade”. (Lacan, 1959-60/1997, p.343)

Não prometemos um acesso a todos os bens. Ele aponta para os perigos de querer fazer o bem em uma análise, em querer que o sujeito se cure. Lacan designa nesse sentido o desejo do psicanalista como um não-desejo de curar. Se tivermos de curar algo em nossos pacientes, seria curá-los da ilusão da promessa dos bens. A posição do analista é de não saber o bem do outro. Poderíamos pensar até mesmo em uma posição perversa, ao assegurar-se que sabe como o outro goza.

Dirigir-se para o bem é perder de vista o desejo. Para Lacan, o bem é uma das barreiras de acesso ao campo (impossível) do desejo. Uma outra consideração lacaniana importante a partir das discussões sobre o Bem é que ele não pode governar sobre todos sem que haja um excesso, ou seja, o bem nunca conseguirá abarcar todos os sujeitos que almeja em suas ações. Ao receber uma demanda de encontrar a felicidade, devemos saber sempre que não possuímos o saber sobre este bem, pois ele não existe. A psicanálise por sua vez, vai colocar em questão os limites do desejo do paciente (Lacan, 1959-60/1997).

Essa suposta beneficência, esse cuidado com o paciente não é apenas uma qualidade moral, mas uma posição discursiva, referente ao discurso do mestre. O sujeito universaliza a maneira como ele age, e passa a pensar em lugar de todos, podendo se sentir responsável pela humanidade. É uma das bases de atuação da ordem médica (Negro, 2008). Cabe aqui marcar os efeitos de se tentar estabelecer uma norma que seja válida para todos.

Conclusão

Sabemos que escrever a morte é uma tarefa impossível. Freud nos diz que a morte não se inscreve pois o inconsciente “não conhece em absoluto nada negativo, nenhuma negação

— nele os opostos coincidem —, e por isso não conhece tampouco a própria morte, a qual só podemos dotar de um conteúdo negativo.” (Freud, 1915/2015, p.242). No entanto, é justamente essa impossibilidade que faz com que se tente escrever sobre ela há milênios.

Muitas áreas do saber possuem vastas produções sobre o tema, abordando-a sob diversos pontos de vista. A psicanálise não é exceção a esse conjunto, e também se debruçou no estudo do tema. Freud adotou uma posição bastante singular em relação à morte. Pujó (2006) defende que o posicionamento freudiano em relação à morte se deve justamente a sua prática enquanto analista, em outras palavras, a seu método de analisar os sujeitos e o coletivo. Tendo em vista essa impossibilidade estrutural, almejamos neste trabalho discorrer, pela ótica da psicanálise, sobre como a relação da civilização ocidental com a morte vem se desenrolando.

A partir deste percurso, nos questionamos: como se convém morrer em nossa sociedade? Não é conveniente morrer ignorante do fim, como uma criança que está sendo ludibriada, figura evocada por Ariès (2003), ao dizer de como os pacientes ditos terminais são tratados pela equipe de saúde e por sua família. Tampouco convém morrer como um animal que sente dor, uma dor insuportável e constante. Mas também não é conveniente morrer desesperado, imerso na angústia. Busca-se aí uma saída medicamentosa, para apaziguar esse afeto (Negro, 2008). Se essas são formas de como não se morrer, qual é então a medida certa? Será que ela existe?

Como discutido, ainda que a relação inconsciente-morte não tenha se alterado, a forma com que a civilização lida com a morte passou por importantes modificações. Desse modo, saber que a humanidade passou por diferentes atitudes diante da morte mostra que é possível a cada sujeito se reinventar no momento que se depara com ela. Abre-se uma dimensão de mudanças, de novas soluções (Pujó, 2006).

Portanto, cabe a nós analistas pensar na morte não como o que há depois dela, mas sim pelo que há antes de sua chegada. Ao lidar com a morte em sua prática, ela ocupa sempre um lugar de eminência, e isso faz com que se desvele a face de produção do sujeito do inconsciente. A morte, irrepresentável por um significante, se coloca como a possibilidade singular mais própria.

Referências

- Ariès, P. (2003). *História da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Ariès, P. (2014). *O homem diante da morte*. São Paulo: Editora UNESP.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Freud, S. (2015). Considerações atuais sobre a guerra e a morte. In: S. Freud, *Obras Completas*, Volume 12. São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2020). *O Mal-estar na cultura*. Belo Horizonte: Autêntica. (Trabalho original publicado em 1930).
- Hennemann-Krause, L. (2012). Ainda que não se possa curar, sempre é possível cuidar. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 11(2), 18-25.
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2003). *Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O mundo da saúde*, 34(4), 420-429.
- Lacan, J. (1997). *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1959-60)
- Matsumoto, D. Y. (2012). Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In R. T. Carvalho, H. F. Parsons, *Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado*. São Paulo: ANCP.
- Negro, M. (2008). *La otra muerte - Psicoanálisis y cuidados paliativos*. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- Pujó, M. (2006). Los analistas y la muerte. In: M. Pujó, *Para una clínica de la cultura*. Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.

Sobre os autores

¹ **Arthur Kelles Andrade**, (ORCID: 0000-0003-4558-4639) Doutorando em Estudos Psicanalíticos pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), professor no Centro Universitário UNA e psicólogo clínico em consultório particular. É mestre em Estudos Psicanalíticos pela UFMG, graduado pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), e possui especialização em Psicologia Hospitalar pela Universidade de Araraquara e em Psicanálise: Clínica da Criança e do Adolescente pela PUC-MG. Endereço eletrônico: arthur.kelles@gmail.com

Recebido em: 31/03/2023

Aceito em: 11/06/2023

Publicado em: 07/12/2023