

A MORTE COMO QUESTÃO SOCIAL



Wildoberto Batista GURGEL¹



Resumo

Apresenta-se a questão da morte ligadas às categorias “necessidades sociais”, “desigualdades sociais”, “lutas sociais” e “ação estatal de cunho social”. Compreende-se a proposta de “desospitalização” e “cuidados domiciliares” da atual Política Nacional de Humanização como uma transferência de responsabilidade do Estado para a “iniciativa privada”, familiar ou “Terceiro Setor”. Verifica-se uma luta social do moribundo para garantir sua dignidade na hora da morte, recusando o paradigma curativo em nome do cuidado. Conclui-se que a morte não pode mais ser compreendida como uma mera questão clínica e sim como uma expressão da questão social.

Palavras-chave: Morte. Morrer. Questão social.

Para começo de conversa...

É preciso, antes de tudo, esclarecer o que se entende aqui com o título proposto, uma vez que nem todas as pessoas entendem a mesma coisa quando dizem a mesma palavra, ou formulam as mesmas frases. Ou seja, o que as pessoas entendem por morte ou por morrer não é algo consensual e óbvio. Ao contrário, com base na lógica ilocucionária de Vanderverken (2005), podemos postular que os “conteúdos proposicionais” desses termos se tornaram bastante complexos. O seu “sentido” depende exclusivamente do “conjunto das circunstâncias” no qual eles são proferidos. Isso porque, não é só o que se fala (asserções, promessas e questões) que compreende o conteúdo dos proferimentos sobre morte e morrer, mas também as atitudes (crenças, desejos e intenções) que temos diante da morte e do morrer. Com isso, o que Vanderverken (1991) chama de os “sentidos dos atos de fala”, quando aplicados ao fenômeno morte-morrer, não estão direcionados só para o que se compreende quando se profere ou ouve a palavra morte, mas, estão igualmente direcionados para as atitudes que se tem perante aquilo que se quer significar com esse nome, no contexto em que elas têm algum ou nenhum sentido.

Quando se fala em morte, associada à questão social, uma das possibilidades de

significação é a de compreendê-la como “morte social”, no sentido de que há uma ruptura todas as vezes que uma pessoa deixa de pertencer a um grupo dado. Ou mais precisamente, de acordo com Thomas (1993), quando a idade ou a perda de funções conduz a interdições sociais. Nesse sentido, compreende-se que a “morte social” está intimamente ligada às fases da vida, como rituais de passagem implicando perdas e papéis. Pode-se somar a essa dimensão sócio-antropológica da “morte social” outras mais políticas e econômicas, dentre as quais, a assistência à saúde e a medicalização da vida. No entanto, prefere-se, aqui, com base na lógica ilocucionária, marcar o “conteúdo proposicional” desse conceito como aquilo que Worden (1998, p. 19-34, 99-112) chama de “perda”, e não propriamente como morte. Assim, não é sobre a “morte social”, pelo menos na acepção acima, que se debruça esse artigo. Os termos morte e morrer serão usados numa acepção bastante clínica, de acordo com as definições que são dadas a partir da *Declaração de Harvard*.

As “objetividades” (VANDERVERKEN, 2005) ou os “concretos pensados” (MARX, 1982) que caem sob os conceitos morte e morrer, de acordo com essa *Declaração*, dizem respeito a algumas condições de possibilidades clínicas, que Prendergast & Claessens & Luce (1998, p. 1163-1167) enumeraram como o cessar irreversível: a) do funcionamento de todas as células, tecidos e órgãos; b) do fluxo espontâneo de todos os fluidos, incluindo o ar e o sangue; c) do funcionamento do coração e pulmões; do funcionamento espontâneo de coração e pulmões; do funcionamento espontâneo de todo o cérebro, incluindo o tronco cerebral; e) do funcionamento completo das porções superiores do cérebro; f) do funcionamento quase completo do neocórtex; e, g) da capacidade corporal da consciência.

Isto não dá um acordo homogêneo sobre o assunto, mas apenas alguns pontos a serem considerados e verificados nas mais diferentes possibilidades. Possibilidades essas que também já foram enumeradas na qualidade de modos de morrer e relativamente aceitas pelo que Foucault (1979) chamou de “saber clínico”. Tais modos, de acordo com Silvado & Witting & Marquetti (1986, p. 15-19) compreendem explicações sobre os mais diferentes momentos em que se registra a morte. A saber: a) quando não há resposta à reanimação plena; b) quando a morte sobrevém mesmo com um manejo agressivo em UTI, incluindo tentativas de reanimação plena; c) quando há a decisão de não reanimar; d) quando não há a implantação de medidas de suporte de vida; e) quando da retirada de medidas de suporte de vida; e, f) quando do término ou retirada de medidas terapêuticas com a finalidade explícita de não substituir por um tratamento alternativo equivalente.

Apesar de sua diversidade, a *Declaração de Harvard* ficou conhecida como um

certificado do diagnóstico da “morte encefálica”. Assim, morre-se quando cessam definitiva e irreversivelmente as funções encefálicas. Trata-se, em princípio, de uma definição bem sucedida do ponto de vista científico e jurídico. O primeiro porque foi aprovada consensualmente pelo “auditório universal” (PERELMAN, 1996) dos profissionais da saúde, chegando a ser adotada, até os dias de hoje, como a definição oficial de vários países do mundo, inclusive o Brasil. O segundo porque, como observa Singer (1996), essa idéia alimenta outra: a da utilização dos órgãos dos doadores para fins de transplantes. Ela resolve, para fins clínicos e jurídicos, a pessoa e o momento exato para a captação de órgãos.

É sobre esse conceito de morte que se fundamenta o discurso a seguir. É essa morte que, na ótica presente, torna-se expressão da questão social e como tal precisa ser enfrentada. Mas, em que sentido se diz que a morte se tornou expressão da questão social? Antes, é preciso delimitar o uso que se faz aqui do termo “questão social”, uma vez que ele também é problemático.

Analiticamente falando, sob a tutela da lógica ilocucionária, trata-se de um operador utilizado para fazer interpretação dos problemas sociais. No entanto, não há consenso quanto ao fundamento teórico-metodológico que orienta tais interpretações, nem o que viria a constituir o conteúdo de uma questão social propriamente dita. Assim, as polifonias lingüísticas em torno do significado do termo são igualmente dissidências quanto ao seu sentido.

Na perspectiva do referencial teórico-metodológico marxista, conforme a apropriação feita por Yamamoto & Carvalho (1983), a questão social é uma “expressão” e uma “exigência” da classe operária. “Expressão” no sentido de que ela representa o “processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade” (IAMAMOTO e CARVALHO, 1983, p. 77). É também “expressão” no sentido de que é uma “manifestação” da vida social contraditória típica das sociedades capitalistas. E, “exigência” no sentido de que, uma vez que esse ingresso é excludente, gerando contradição entre o proletariado e a burguesia, essa classe “passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão” (IAMAMOTO e CARVALHO, 1983, p. 77). Desse modo, a questão social não é à parte das sociedades capitalistas. É, nas palavras de Teles (1996) a sua própria aporia.

Aporia no sentido de que duas verdades se encontram de forma diametralmente opostas: a verdade representada pela “lógica do mercado” versus a verdade representada pela “dinâmica societária”. A primeira é a verdade da “ética dos direitos” e da “ordem legal que

promete igualdade”; a outra, a verdade dos “imperativos de eficácia da economia” e da “realidade das desigualdades e exclusões tramada na dinâmica das relações de poder e dominação” (TELES, 1986, p. 85).

Dentro desse referencial teórico-metodológico, o significado de questão social está associado à noção de categoria. Isto é, às ferramentas discursivas que expressam as contradições fundamentais do modo capitalista de produção (MARX, 1982), o que faz com que o termo questão social deva ser compreendido dentro da relação contraditória entre “capital” \times “força de trabalho”, ou mais especificamente, entre capitalistas \times classe trabalhadora. Nesses casos, define-se, portanto, o seu sentido ao “sistema simbólico” (BOURDIEU, 1989, p. 8-16) do modo capitalista de produção. Ao fazer isso, ressaltam-se as diferenças entre as classes dos trabalhadores e a dos capitalistas, tanto no acesso a direitos, como nas condições de vida e de morte. Mas, é também buscar forma de superar tais contradições.

Como uma categoria, ela não é percebida como aquilo que Foucault (2006, p. 1-14) chamou de “acontecimento presente”, mas, por meio dos acontecimentos que ela tem representado: desemprego, exclusão social, violência, fome, falta de leitos nos hospitais, ausência de critérios para seleção de leitos, obstinação terapêutica... A questão social, portanto, se manifesta, na ótica marxista, nas suas “objetivações”, em “concretos pensados” que sintetizam as situações historicamente determinadas do capitalismo, pois, como escreveu Marx (1982, p. 25) “não é a consciência dos homens que determina o seu ser, mas, ao contrário, é o seu ser social que determina a sua consciência”.

Trata-se, portanto, de um procedimento teórico-metodológico explicativo que capta os elementos estruturais da natureza da morte, sem esquecer as suas outras determinações. Sem essa consciência, pode-se discursar sobre a aparência da morte quando se pretendia, em verdade, falar de sua essência, ou não considerar as suas relações dinâmicas, ou mesmo, limitar-se a uma representação fetichista da morte, restringindo-se aos seus aspectos funcionais.

Em outras palavras. O fenômeno morte-morrer passaria a ser compreendido como aquilo que Kosik (1976) chamou de “pseudo-concreto”. Pois, em sendo “no contexto de uma formação econômica e social dada que se apreende o conjunto dos aspectos do Estado como ser social e histórico” (FARIAS, 2001, p. 26), no sentido de que o Estado muda “com as fronteiras de cada país” (MARX, 2001, p. 122), deve ser no contexto de uma formação econômica e social dada que se apreende o conjunto dos aspectos do fenômeno morte-morrer

como uma realidade social e histórica (ARIÈS, 1989; ELIAS, 2001; FOUCAULT, 1979; ILLICH, 1975). Tal sociedade é o que se conhece como sociedade capitalista, comum “em todos os países civilizados, mais ou menos livres dos elementos medievais, mais ou menos modificada pelo desenvolvimento histórico próprio de cada país, mais ou menos desenvolvida” (MARX, 2001, p. 122).

Some-se a tudo isso que o fenômeno morte-morrer é um produto social, enquanto é o “reconhecimento de que essa sociedade está enredada numa irremediável contradição com ela própria, que está dividida em oposições inconciliáveis de que ela não é capaz de se livrar” (ENGELS, 2005, p. 181). Nessa ótica, a morte individual é reflexo da dinâmica social (BARALDI e PAES DA SILVA, 2000). Ou, como sustenta Maranhão (1999), todos morrem, no entanto, a duração da vida e as modalidades do fim são diferentes segundo as classes sociais às quais os mortos pertençam. O que se acentua ainda mais quando se tem como paradigma a morte no ambiente hospitalar, uma vez que, como veremos, morrer no hospital é problemático tanto quanto não morrer no hospital.

Uma prosa sobre morte-morrer na sociedade capitalista ocidental

A morte, que era exclusivamente um evento culturalmente localizado, mudou. Principalmente, depois do que Illich (1975) chamou de “medicalização da vida”, quando ela passou a ser vista como um fenômeno metafísico, um algo-em-si, dando origem ao que chamei de morte globalizada (GURGEL, 2006). Assim, a compreensão que se tem de que a morte é expressão da questão social é a mesma quando se apresentou que a morte foi globalizada.

Por morte globalizada tenho nomeado a compreensão contemporânea, especialmente nos meios médicos e filosóficos, da morte como algo-em-si, “metafísica” (SCHOPENHAUER, 2001) ou “transcendental” (KANT, 2001), com seus desdobramentos culturais, políticos e, principalmente, econômicos. Por morte-em-si, a partir da proposta de Schopenhauer (2001), entende-se a morte desprovida de suas particularidades e, especialmente, a morte desassociada de sentimentos, porque é a “morte da consciência”, materializada na “morte do cérebro”. Tal conceito se encontra na base da compreensão mecanicista da morte e do morrer, especialmente aquela consagrada pelo consenso médico na *Declaração de Harvard*, em 1968.

A morte, nessa acepção, não é um evento, mas um processo de falência em que os

vários órgãos e sistemas de manutenção da vida vão entrando em colapso progressiva e sucessivamente. Trata-se de uma visão que nega as visões locais sobre morte-morrer em nome de uma cultura científica universal.

Junto com a mecanicização da morte, há a interdição lingüística do tema, uma vez que o termo morrer foi banido do vocabulário médico e ao moribundo lhe foi negado o direito de gerenciar a própria morte. A prática de não falar no assunto e de negar ao moribundo o direito à própria morte não se tornou apenas universal como já se reveste de valores altruístas e humanistas. Em conseqüência, a morte se tornou algo selvagem sobre a qual as pessoas perderam o controle (ARIÈS, 1989, p. 25), de modo que elas “se apavoram simplesmente com o nome: morte!” (MONTAIGNE, 1972, p. 49). Ou seja, a maioria das pessoas procura não pensar na morte, donde vem que, desde os romanos, as palavras morte e morrer foram sempre tratadas pelo emprego de perífrases, como *parou de viver, viveu, se foi, faleceu* etc.

Ganha com tudo isso aquilo que Saramago (2005) chamou de “indústria da morte”, por meio da mercantilização da morte, assentada no que Mitford (1963) chamou de “the american way of death”, que é a outra face do “the american way of life”. Em poucas palavras. O “jeito americano de morrer” se transformou praticamente na única estética da morte a ser aceita e praticada como política pública voltada para a questão. Tal decisão cria e alimenta essa “indústria da morte”, tanto cultural quanto política e economicamente, cuja maior característica é ter transformado a morte num duplo objeto de consumo: material e simbólico, para o moribundo e para os vivos.

A morte globalizada acompanha uma das políticas de globalização, justamente aquela que segue o modelo americano, ou capitalismo mercantil, tal como aparece na ótica de Sousa Santos (2002). A saber, aquele cujas propriedades dominantes são a especulação e o consumismo, transferindo para a iniciativa privada as obrigações sociais e impondo ao Estado a obrigação com a proteção das instituições capitalistas especulativas.

Essa associação deve-se, talvez, ao fato de que aquela sociedade foi uma das poucas que, ao se industrializar, não interditou o processo morte-morrer, fazendo dele, desde cedo, uma mercadoria. É óbvio que os EUA não são o único país a lucrar com a morte. Outros países também desenvolveram a sua “indústria da morte”. A Inglaterra, por exemplo, que se industrializou antes, também descobriu no processo morte-morrer uma fonte de lucros. No entanto, a indústria inglesa tomou uma direção totalmente contrária à americana, preferindo lucrar com a *indústria da morte interdita* – a morte na qual o moribundo não é mais o seu

senhor solene. Naquele país, “o essencial é fazer desaparecer o corpo com decência, é claro, mas rapidamente e por completo graças à incineração” (ARIÈS, 1989, p. 164), uma vez que o tema é um tabu, sobre o qual não se deve falar.

A indústria americana se afastou da “morte interdita” criando uma estética da morte baseada em valores ocidentais e capitalistas tais como beleza, subjetividade, arte, glamour, liberdade, perpassados por uma cultura na qual a convivência com os ancestrais é bastante arraigada. Some-se a tudo isso o fato de que aquele país fez do seu modo de vida um modelo para o mundo, através de um capitalismo imperialista sem concorrentes por longos anos.

O que não era, acabou-se tornando uma necessidade

Se, por um lado, for verdadeiro o proferimento de Montaigne (1972) acerca do fato de que há uma interdição lingüística sobre morte-morrer, será também verdade que dessa interdição lingüística tem derivado uma interdição social, conforme propõe Ariès (1989, p. 55-64). Ou seja, os proferimentos literários dos romanos eram manifestação da atitude social que se acentuou com mais força na forma da “morte interdita”, por meio de uma interdição social da morte, a partir de meados do século XIX.

De acordo com a lógica ilocucionária de Vanderverken (1991), uma vez que foram modificadas as circunstâncias nas quais certos termos faziam sentido, ou esses ganham novos sentidos ou caem em desuso. Foi o que aconteceu com o vocabulário da cultura da morte que prevaleceu até o século XVIII. Termos como *nuncius mortis* caíram em desuso, ao passo que outros como morrer, moribundo, hora da morte... ganharam novos sentidos de acordo com o novo saber que se impunha (ARIÈS, 1989; FOUCAULT, 1979; 2006; ILLICH, 1975).

O “conjunto das circunstâncias” no qual a “morte interdita” passa a fazer sentido é o mesmo do aparecimento de uma nova forma de saber: o “saber clínico”, na ótica de Foucault (1979), ou o da “medicina social”, na ótica de Illich (1975). Em ambos os casos, trata-se do fortalecimento do sistema capitalista industrial, marcado por novas formas de racionalidade. Dentre as quais, a resignação e a hospitalização.

A primeira está ligada a um tipo de etiqueta da morte, ou caso se queira, a um tipo de espiritualidade ou de moralidade da morte, pois a globalização da morte aparece, à primeira vista, como uma questão estética. Ela prega que não é mais de bom tom, em meio à prosperidade industrial, manifestar o sofrimento. Ao contrário, de acordo com a burguesia industrial, deve-se evitar “o incômodo e a emoção demasiado forte, insustentável, provocados

pela fealdade da agonia e a simples presença da morte em plena vida feliz” (ARIÈS, 1989, p. 56). Mesmo quando os rituais antigos, dos tempos medievais, são mantidos, não são mais o mesmo “poder simbólico” (BOURDIEU, 2005, p. 7-16) que antes.

A resignação cria a necessidade de expropriação do sofrimento, cujo papel será desempenhado pela medicina (ILLICH, 1975, p. 127). E assim, tal como a colonização capitalista, a colonização médica cria um sistema de dependência fortalecido por aquilo que Thompson (2002, p. 135-144) chamou de “formas simbólicas”. No caso da colonização médica, essa intervém sobre a capacidade que o indivíduo tem, por si, de se adaptar ao mundo. Transformado em animal domesticado e desprovido do alarme da dor, o homem perde a capacidade de auto-afirmação e de responder por sua transformação biocultural. As políticas públicas de saúde criam pacientes dependentes do que Illich (1975) chamou de “empresa médica”, responsável direto por essa resignação, alienando os meios de tratamento e impedindo que o conhecimento científico seja partilhado, o que nos revela que a resignação é um tipo de alienação.

O cenário que justifica o domínio da resignação é o do hospital. Ele se torna a mais forte referência para a compreensão da nova linguagem que começa a ser forjada em torno do processo morte-morrer e vira uma “necessidade social”, no sentido de que é uma «necessidade da sociedade”, “como sistema de necessidades *general*, por encima de los individuos y de sus necesidades personales” (HELLER, 1986, p. 77). O próprio termo *hospital* deixa de significar o asilo dos miseráveis e dos peregrinos, para significar o “centro médico onde se cura e se luta contra a morte” (ARIÈS, 1989, p. 56). Deixa de ser uma simples instituição social para se tornar uma instituição social necessária (ILLICH, 1975).

Esse duplo movimento de passagem, de asilo dos miseráveis para centro médico e de simples instituição social para instituição social necessária, ocorre, na ótica de Foucault (2006, p. 80), como um programa do capitalismo para a dominação do corpo enquanto força de produção: “o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo”. Ou, mais precisamente, começa com a privação da morte do moribundo, nas palavras de Ariès (1989), que é a correspondente direta da globalização do “jeito americano de morrer”, ou da mercantilização da morte.

Uma dessas formas de mercantilização da morte é aquela que Pessini & Barchifontaine (2005, p. 380) nomearam como “eutânasia social”, no sentido de que o moribundo, sem possibilidades terapêuticas, tem o seu tratamento negado porque a lógica custo-benefício

decide que seus gastos são elevados e não trarão retorno produtivo. Noutras palavras, a “empresa médica” não está preocupada com a saúde *per se*, mas só enquanto objeto de consumo (ILLICH, 1975, p. 9-10). É nesse sentido que a morte é expropriada, uma vez que deixa de pertencer ao moribundo e passa a pertencer à “indústria da morte”, caracterizada por essa massificação cultural do “jeito americano de morrer”.

Dessa dialética entre a “morte interdita” e o “jeito americano de morrer” foi que nasceu a morte globalizada, criando novas “necessidades sociais” em torno do processo morte-morrer. Como se disse antes, tais necessidades começam no hospital e terminam no cemitério, passando pela funerária.

Nesse percurso são realizados rituais complexos que envolvem uma estética da morte aos moldes da estética contemporânea. O corpo é quimicamente preparado para parecer vivo, pois, como atesta Gorer (1955) o morto é negado enquanto morto. Depois de embalsamado, é devidamente vestido, às vezes com roupas que nunca teve condições de usar em vida, e passa a recepcionar os visitantes num salão devidamente preparado para tal. Uma honraria que anteriormente era destinada somente aos faraós, reis e papas, agora é massificada pela cultura americana e imposta às demais culturas. Em alguns lugares, como na Itália e no Brasil, muitos hospitais dispõem desse lugar; mas, no caso do modelo americano, a idéia é criar um local neutro para realizar os ritos fúnebres: a “funeral home”. A recepção pode contar com uma decoração ao gosto do falecido ou da família, além de música, bebida e comida. O luto é negado como forma nobre de enfrentar a dor. Em seguida, são feitos os ritos de sepultamento de acordo com a religião adotada, ou sua ausência. Os cemitérios globalizados são verdadeiros parques, como lembra Ariès (1989, p. 164), “embelezados com monumentos e destinados à edificação moral de visitantes, mais turistas que peregrinos”. Assim, como preconiza Maranhão (1999, p. 36-37) o mundo dos mortos se mistura e imita o mundo dos vivos.

Nota-se, portanto, que a morte se globaliza justamente quando menos se fala dela. É bem verdade que durante o século XX procurou-se recuperar o tema da morte, como atestam as obras de Tenenti, Gorer, Morin, Sartre, Feifel, Ariès, Mitford, Kübler-Ross, Elias, Foucault, Castro, entre outros. No entanto, essa questão ficou restrita ao mundo intelectual ou a algumas poucas obras de arte. Como lembra Ariès (1989) o homem comum emudeceu, comporta-se como se a morte não existisse.

O silêncio ao qual a morte foi lançada chegou, principalmente, ao leito do moribundo. A ele é negado o direito à informação sobre o seu estado de saúde. E, se essa não for uma norma

explícita é ao menos uma prática comum, já que os médicos dissimulam o máximo que podem para não ter que informar ao moribundo a gravidade do seu mal. Conforme atesta Ariès (1989), com a “morte interdita”, o novo costume exige que o moribundo morra na plena ignorância da sua morte. Isto retira-o do convívio público e transforma a literatura sobre morte em pornografia, como já denunciara Gorer (1955), ou em literatura sensacionalista. E, como coisa proibida ou sensacionalista ela passa a ser objeto de controle direto da ação estatal, que segundo Garelli (1995, p. 284) pode-se manifestar em duas áreas: a “área dos controles externos” e a “área dos controles internos”.

A primeira está associada às ações estatais que manipulam mecanismos coercitivos ativados contra os indivíduos, tais como: sanções, punições e ações reativas, variando em pesos diferentes, que vão desde a privação de direitos à privação da vida. No nosso caso, esta forma de controle está associada diretamente às políticas de controle social da morte, por meio de uma ideologia asséptica obrigatória, cujas manifestações mais concretas são a “hospitalização”, principalmente na fundação dos hospícios e leprosários, e a “expropriação” da morte (ILLICH, 1975; FOUCAULT, 1979, 2005, 2006).

Por sua vez, a “área de controle interno” está associada às ações estatais que manipulam mecanismos ideológicos, ativados socialmente para a inclusão (ou educação) do indivíduo na sociedade. Essa inclusão se dá por meio do processo de “expropriação da educação” (ILLICH, 1971) por parte do Estado, quando este se torna o principal responsável pelos conteúdos, formas, normas e agentes educacionais, ou por meio da “expropriação da saúde” (ILLICH, 1975) quando o Estado consegue alienar a dor e a mercadoria hospital passa a ser vendida como aquilo que Marshal (1967) chamou de “direito social”.

Como toda forma de “controle social” (GARELLI, 1995), essa também é rica em contradições, pois, por um lado, tais políticas são uma estratégia para estabelecer “controle social” sobre os corpos (FOUCAULT, 2006) e de solidificar a “indústria da morte”, por meio da globalização do “jeito americano de morrer”. Por outro lado, revela uma crescente preocupação social com a assepsia do fenômeno morte-morrer, como uma forma de respeito à dignidade do moribundo, motivo de antigas lutas sociais como as ligas camponesas (CASTRO, 1965) e a cemiterada (REIS, 1991).

O fato é que, por meio da “empresa médica”, quer na forma da hospitalização pública ou privada, dos *hospices* ou dos programas de assistência domiciliar ao moribundo, ou mesmo por meio da polícia e da mídia, as “formas simbólicas” do “jeito americano de morrer” têm-se solidificado nas sociedades ocidentais. Afinal, como escreveram Marx & Engels (2001, p.

30), o capitalismo tende a “um intercâmbio generalizado, a uma interdependência geral entre as nações. Isso vale tanto para as produções materiais quanto para as intelectuais. Os produtos intelectuais de cada nação tornam-se um bem comum”, cuja prática histórica tem sido a de imposição da cultura do centro para a periferia, dos EUA para o mundo (SOUSA SANTOS, 2002). Desse modo, o que se globaliza é a privação da morte do moribundo, a “morte selvagem” dos nossos dias.

A morte não é igual para todos

No imaginário popular a morte é representada como o juiz cruel que não faz distinção entre pessoas, classes, raças, sexos ou religiões. Ela é o ser perfeitamente justo que vem atingir a todos, sem levar em consideração nenhum de seus privilégios. Saramago (2005) nos dá uma boa imagem dessa forma de representação: a morte desempenha seu papel sem considerar mérito ou demérito, por meio de suas cartas, enviadas nominalmente, com destinatário certo. Uma única cobrança e todos são igualados. Como recita Chicó, o vivente quando morre é porque “[...] Cumpriu sua sentença e encontrou-se com o único mal irremediável, aquilo que é a marca do nosso estranho destino sobre a terra, aquele fato sem explicação que iguala tudo o que é vivo num só rebanho de condenados, porque tudo o que é vivo, morre” (SUASSUNA, 1973, p. 32). Desse modo, a morte é o ideal popular da justiça que trata a todos de forma igualitária, segundo o princípio de “dar a cada qual a mesma coisa” (PERELMAN, 1996, p. 9).

Mas, não é só no imaginário popular, ou nos autores que o transmitem, que encontramos a morte representada dessa forma. Se pensarmos a morte, como algo em-si, como o fez Schopenhauer (2001, p. 21-75), ela é um evento metafísico, e como tal, transcendental a todo ser vivente, indistintamente. A morte, uma mesma realidade para todos! Muitos cientistas e outros tantos literatos pensam a morte dessa forma. No entanto, como “acontecimento natural” (DENZIN e LINCOLN, 2006, p. 17), no sentido de que se dá no mundo de forma específica, a morte dos seres humanos não é um evento em-si, mas um evento social. Ora, nas sociedades capitalistas tipicamente marcadas pelas desigualdades sociais, o processo morte-morrer não pode ser pensado indistintamente.

Basta-nos um pouco de reflexão, mesmo que mergulhados na nossa banalidade cotidiana, para intuirmos que essa afirmação tem algo de verdadeiro. De certo modo, costumamos dar razão, mesmo sem o saber, a Elias (2001) que diz haver múltiplas formas de

morror e de lidarmos com a morte, ou, mais especificamente, de lidarmos “com o fato de que todas as vidas, incluídas as das pessoas que amamos, têm um fim”. Isto é o mesmo que dizer: a morte não é a mesma para todos!

Na ótica de Maranhão (1999, p. 20-24), há uma dimensão classista da morte, perceptível por meio da equação que é possível ser traçada para as sociedades capitalistas, relacionando a expectativa de vida com as disparidades na distribuição de renda e acesso à infra-estrutura dos bens e serviços da classe social à qual o moribundo pertence. Ou mais especificamente, entre grau de pobreza e taxa de mortalidade, pois, mesmo em países capitalistas centrais como a Inglaterra, a França e os EUA as taxas de mortalidade são maiores entre a população menos assistida. Ora, em sendo isso verdadeiro, não se pode afirmar que a morte seja a mesma para todos, em todos os lugares.

O estudo apresentado por esse autor equaciona, ainda, na Inglaterra a relação entre taxa de mortalidade infantil e classe social, da ordem de 4:1 crianças das classes proletárias para as da classe burguesa, entre 1970 e 1972 (MARANHÃO, 1999, p. 22). No Brasil, mesmo três décadas depois, essa realidade não mudou. Segundo o censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, os estados mais jovens estão nas regiões Norte e Centro-Oeste, dentre os quais, em oito deles, a população entre 0 e 14 anos supera os 40% da população, e em dois (Amapá e Roraima) supera os 50%. Essa região apresenta também altos índices de pobreza e os maiores de mortalidade infantil, com 66,8 mortes entre crianças com até cinco anos para cada mil crianças vivas. A realidade dessas regiões é a mesma de outros estados nordestinos e de muitos outros países cuja taxa de mortalidade infantil é de 50,3 para cada mil crianças vivas (IBGE, 2006). Desse modo, a tese apresentada por Maranhão (1999) ainda é válida e com ela parece corroborar o relatório *The state of the world's children 2005*, do Unicef (2005), quando aponta que 1,4 milhões de crianças morrem anualmente, no mundo, por falta de acesso a água tratada e condições sanitárias adequadas.

No seio da própria classe proletária há diferenças. Ainda referindo dados ingleses, quando o assunto é morte resultante de doença crônica, se contabilizou, em 1976, que trabalhadores mais bem remunerados morrem em menos da metade do que aqueles menos remunerados. Quando o assunto é morte resultante de doença aguda, a relação é de 1:4. Até mesmo doenças classificadas como “doenças de rico”, tais como as doenças cardiovasculares, matam mais entre proletários do que entre capitalistas (MARANHÃO, 1999, p. 23).

Nos EUA, independentemente de raça, morrem mais crianças de famílias com renda inferior a 10 mil dólares e grau de escolaridade baixa do que aquelas com renda superior a

essa quantia e grau de escolaridade médio (MARANHÃO, 1999, p. 23).

Na França a pesquisa comparou renda econômica e grau de escolaridade. O resultado observado foi o de que, quanto mais alta a renda econômica e o grau de escolaridade, maior a expectativa de vida (MARANHÃO, 1999, p. 23). Assim, um proletário analfabeto tem menos expectativa de vida do que outro, com renda igual, mas escolaridade superior. Isso se justifica, em parte, pela observação empírica de que boa parte das profissões mais arriscadas, como os trabalhadores da indústria química, não só na França como em outros países, é assumida por profissionais com menos grau de instrução escolar, embora ganhem tanto quanto um funcionário público com nível superior.

Nos países capitalistas periféricos, onde são comuns a concentração de renda e a precariedade das condições de vida da população, somadas aos recentes projetos neoliberais, essas desigualdades são significativamente acentuadas. Assim, os latinos, africanos e asiáticos compõem não só o exército de um proletariado de mão-de-obra barata, como de uma camada social mais suscetível à morte prematura: “Segundo a última estatística em 2004, 12% das mortes por causa do trabalho em Massachusetts foram de brasileiros” (PARKEAR, 2006).

As divisões sociais não diminuem com e nem após a morte. Pelo menos para os vivos, as formas como enterram e mantêm viva a memória dos mortos, é uma extensão das desigualdades sociais que os acompanharam em vida. Os cemitérios, desde que se criou o hábito de identificar os sepulcros, passaram a significar referência de status social. Nas sociedades capitalistas, essa referência é a de classe social. Duas estruturas de cemitérios se tornaram bastante comuns: o modelo europeu e o americano.

O primeiro é uma herança dos antigos cemitérios medievais, criados ao redor das igrejas, que reproduzem a estrutura arquitetônica das grandes cidades ocidentais capitalistas, com avenidas, ruas, praças, sinalização, jardins, habitat individual e coletivo, prédio da administração, capela, caixa eletrônico, monumentos e objetos decorativos, túmulos e mausoléus que mais parecem arranha-céus. Nesses cemitérios, é bastante comum a divisão entre os túmulos mais ricos, em áreas mais bem cuidadas e espaçosas, dentre os quais se destacam os mausoléus, as imagens de mármore e bronze, luxo e ostentação. E, para a classe trabalhadora, verdadeiros bolsões, com sepulturas planas, mal conservadas, algumas trincadas e sem identificação.

O segundo modelo, criado a partir do *design* dos cemitérios mais simples e de povos mais primitivos, como para dar uma falsa aparência de igualdade depois da morte, reproduz jazigos rentes à relva, padronizados, num sistema de parque, com lanchonete, capela e

administração.

Em ambas as estruturas, a luta por terra e valorização do espaço físico vale tanto para o mercado imobiliário quanto para o funerário. E como tal, gera-se uma classe de excluídos, que sequer terão um lugar para serem sepultados.

As lutas sociais para não morrer, mas se morrer, que seja com dignidade

A gênese do movimento sindical brasileiro, de acordo com Castro (1965) e Maranhão (1999), está associada ao binômio morte-morrer, como uma expressão da questão social. Para eles, anterior ao movimento sindical existiram dois movimentos que lhe serviram de base: as *Sociedades de Mútuo Socorro* e as *Ligas Camponesas*, que tiveram objetivos fundadores comuns: defender os interesses dos trabalhadores mortos de fome e de miséria. A primeira, na ótica de Maranhão (1999), mais de cunho religioso e urbano era uma espécie de “irmandade funerária leiga”. A outra, na ótica de Castro (1965), mais laica e rural, procurava garantir o direito do morto dispor dos “sete pés de terra e um caixão”, onde repousaria para sempre.

Em ambos os casos, as lutas sociais dos trabalhadores que antecederam as lutas sociais trabalhistas, dão mais valor à morte que à vida do trabalhador. A tese de Castro (1965), seguida de perto por Reis (1991) e Maranhão (1999), é a de que, uma vez que nada tiveram em vida e esta nunca lhes pertenceu, a única coisa que lhes pertence, que ninguém tira, é a sua morte. Essa é a possibilidade de escapar do constrangimento da miséria e das injustiças da vida. Isto é, não se trata de não morrer, mas de revestir esse ato com a dignidade que essa gente proferia como suficiente: um túmulo. Atualmente, as lutas sociais em torno da morte-morrer se tornaram mais complexas, e o significado de morrer com dignidade muito mais polêmico.

No Brasil contemporâneo, tais lutas estão associadas à qualidade de vida, no tocante às formas alternativas de morte, em especial à forma da morte dos moribundos e a forma da morte dos miseráveis. Essas formas tomam configurações concretas na morte hospitalizada, em especial, na morte em UTI. Mas também, em outras formas, como a morte em centros de cuidados paliativos e a morte domiciliar assistida pela indústria de *home care*, como modelos mais elitizados. Bem como, a morte abandonada, a morte esquecida e as mortes anônimas como formas mais comuns de morte.

Disto pode-se afirmar que as lutas sociais em torno das formas de morte na sociedade brasileira contemporânea, por um lado, passam pelo debate sobre a formulação e

implementação de políticas públicas voltadas para a criação de normas para a internação dos usuários em UTIs e de critérios para a otimização do tratamento intensivo.

Quanto ao primeiro, apesar das divergências, o debate tem avançado, pois, desde algum tempo que as câmaras de Bioética dos Conselhos Regionais de Medicina têm discutido a prática da ortotanásia no Brasil (IWASSO, 2006, p. A15), o que resultou na criação da resolução n.1.085 de 2006, do Conselho Federal de Medicina – CFM, reconhecendo a legalidade médica dessa prática.

Já quanto à otimização do tratamento intensivo, que passa pelo critério de seleção do uso dos leitos em UTI, o debate sequer entrou em pauta. A reação contrária o interditou. A classe médica argumenta que a proposta retira o poder de decisão do médico sobre quem precisa ou não ir à UTI e que o real problema é a falta de leitos, não a sua seleção (SCOLESE, 2005). Por sua vez, a classe política argumenta que haveria discriminação na seleção dos leitos, o que poderia prejudicar os usuários menos favorecidos economicamente (COLLUCCI, 2005).

De práticas e discussões como estas é que se tem passado à agenda pública, como uma questão política (*issue*), o problema da assistência não-intrusiva aos moribundos, o que compreende desde a decisão de não-reatimar, de evitar a distanásia, de não indicar ou deixar de fazer procedimentos intrusivos e agressivos, de controlar a dor e prestar cuidados paliativos, entre outros. Desse modo, apesar de a decisão por apresar o reconhecimento da legalidade no Brasil da ortotanásia ter partido de um órgão de classe, o CFM, em 2006, ela está na luta daqueles que há anos vêm defendendo a medicina paliativa na forma de cuidados paliativos.

Para a Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB a proposta de discutir a otimização dos leitos é importante, uma vez que existe a “Cultura da UTI” (COLLUCCI, 2005), sustentada graças à institucionalização do processo morte-morrer dentro dos hospitais. Essa institucionalização é palco de lutas e paradoxos que vão desde a “privação da morte do moribundo” (ARIÈS, 1989, p. 145), passando pelo “afastamento dos seus entes queridos” (BARALDI e PAES DA SILVA, 2000, p.15), às formas de “desospitalização” e “cuidados domiciliares” (MS, 2004), até a produção de uma “iatrogênese social” (ILLICH, 1975, p. 43-120).

O moribundo foi privado da sua morte. Pois, se durante milênios prevaleceu a “morte domesticada”, aquela na qual o “homem foi o senhor absoluto de sua morte e das circunstâncias da sua morte” (ARIÈS, 1989, p. 145), hoje prevalece a “morte interdita”. Tal

privação ocorre desde que a sua morte passou a pertencer a um terceiro, que lhe omite a informação sobre o seu estado mórbido e cria artefatos para impedi-lo de percebê-la se aproximar (BARALDI e PAES DA SILVA, 2000, p. 14). Tal privação, enquanto uma política voltada para morte-morrer, pode estar associada a seis condições causais: a) os valores da família burguesa; b) a resignação do próprio moribundo; c) a obstinação terapêutica; d) o afastamento acadêmico com a questão da morte e do morrer; e) o desenvolvimento industrial; e, f) a extinção do nuncio da morte.

A primeira idéia é a de que existe uma “conspiração familiar” para impedir que o moribundo saiba do risco que corre: “a partir do momento em que um risco grave ameaça um membro da família, esta conspira imediatamente para o privar da informação e da liberdade” (ARIÈS, 1989, p. 149). Há quem veja nisso uma manifestação de caridade, de amor ao próximo, de altruísmo. Entende-se que a não informação é uma espécie de compaixão. Que tal prática é uma espécie de humanismo, e que uma “morte humanista” seria justamente essa: que o moribundo morra sem preocupações prévias com o seu estado, na mais completa ignorância ou na mais nobre resignação. No entanto, o que ocorre é que o moribundo é reduzido à condição de incapaz e todos sabem mais a seu respeito do que ele, que deveria saber e decidir. Some-se a isso o fato de que a família, tal como está pensada, não se estrutura para conviver com o moribundo (BARALDI e PAES DA SILVA, 2000, p. 15), sendo mais prático mantê-lo afastado ou escondido.

A segunda idéia é a de que, se for verdade que a família se nega a exercer o papel de *nuncius mortis*, o moribundo, por seu turno, também se nega a reconhecer a sua própria morte (ARIÈS, 1989; NEVES, 2004). Em especial, no sentido de que em alguns casos ele sente a dissimulação familiar e finge não percebê-la, como forma de não se tornar um estorvo para os seus. Vive a sua morte resignadamente, como forma de “superação da morte” na esperança de ter uma “boa morte” (NEVES, 2004, p. 63). Haveria, então, um “pacto” entre o moribundo e a família para não tocar no assunto, pelo menos “até o momento em que a situação se torna inevitável” (NEVES, 2004, p. 64).

A terceira idéia é a de que a privação da morte do moribundo no ambiente hospitalar possa ser decorrente de uma “obstinação terapêutica”, no que diz respeito a uma “inexorável tecnologização dos cuidados médicos”, ou mais precisamente, uma “futile medical therapy” (LUNA, 2005, p. 18). Essa “obstinação terapêutica”, ou «terapia médica fútil», que se revela em casos como o da americana Terry Schiavo, deve-se, de acordo com Luna (2005), mais à concepções filosóficas e religiosas do que às decisões éticas, legais e econômicas. Ela tem

transformado a consciência da morte em consciência da doença. Assim, as pessoas são diagnosticadas como portadoras de determinadas enfermidades cuja cura ainda não é possível ou está por vir. O próprio termo “moribundo” foi substituído por “paciente terminal”, que por sua vez foi substituído por “paciente fora de possibilidades terapêuticas”, como formas semânticas de desviar o foco da questão. O discurso sobre a morte precisa ser evitado a qualquer custo, uma vez que a morte continua sendo, como denunciou Gorer (1955), uma questão obscena.

A quarta idéia é a de que a privação da morte do moribundo possa passar também, conforme a tese de Lima da Silva (2004) por um “afastamento acadêmico” da questão do processo morte-morrer, no que diz respeito à ausência de preparação acadêmica dos profissionais da área da saúde para lidar com essa questão, justamente os que mais se deparam com ela. Os poucos conteúdos que abordam essa questão são insuficientes, não vão além da discussão acadêmica de conceitos e testes diagnósticos. Ou quando muito, uma discussão acadêmica sobre algumas questões éticas que envolvem a “morte social” e a “*causa mortis*”. Quanto à compreensão da “morte como um fenômeno ao qual se está exposto diariamente (presenciando, ou tentando lutar contra) e com o qual deveria saber lidar, não há referências” (LIMA DA SILVA, 2004, p. 364).

A falta de preparação profissional na saúde para lidar com a morte é associada por Takeda (1985) com a questão da vida produtiva ou consumista. Para ela, a tendência de negação da morte, pelo “próprio sistema social vigente” dá-se pelo fato de que os “os mortos são elementos improdutivos, não consumistas, de nenhuma valia nessa sociedade industrial e capitalista” (TAKEDA, 1985, p. 10).

Essa pouca ou nenhuma preparação acadêmica para lidar com o processo morte-morrer é evidenciada pela ausência da disciplina tanatologia, ou outra que faça o papel, na maioria dos cursos da área da saúde. Quando muito existe, está alocada em algum curso de pós-graduação. Assim, mesmo após o advento da aids, resta ao profissional o sentimento de que a morte representa um infável e um insondável mistério contra o qual as suas forças são insuficientes, ocasionando a “obstinação terapêutica” e afastando alternativas ao modelo hospitalar ou dentro do modelo hospitalar atual.

A quinta idéia é a de que a privação da morte do moribundo ocorre paralelamente ao desenvolvimento industrial e urbano. Ele é a outra face das sociedades industriais, que privilegia o consumo e o bem-estar: “o afastamento da morte do discurso e dos meios familiares de comunicação pertenceria, como a prioridade do bem-estar e do consumo, ao

modelo das sociedades industriais” (ARIÈS, 1989, p. 163). Em primeiro lugar, porque com o fortalecimento do capitalismo industrial, o homem passou a se pertencer cada vez menos e a se alienar cada vez mais (MARX, 2005). O burguês está escravo do capital e o proletário alienado da sua força de produção (MARX, 2005; MARX e ENGELS, 2001). Ambos se tornam escravos do processo de produção-circulação e como não se reconhecem mais, sentem menos a proximidade da morte. Em segundo lugar, porque o fortalecimento da vida urbana moldada pelo iluminismo produziu a ideologia de que todo e qualquer apoio moral e familiar está restrito ao núcleo familiar (ARIÈS, 1989, p. 146). Assim, o homem passou a depender cada vez mais do seu círculo familiar, inclusive para vivenciar a sua própria morte.

A sexta idéia é a de que o moribundo perdeu o apoio do *nuncius mortis*, cujo papel o médico se recusou a exercer, a partir do século XIX. Desde então, ele se calou sobre o estado de saúde do moribundo, pois, “não fala senão quando o interrogam, e já com alguma reserva” (ARIÈS, 1989, p. 146).

Esse silêncio pode ser decorrente das inquietações que atormentaram o anatomista francês Jacques-Bénigne Winslow e o médico britânico William Tossach, quando puseram em questão, em 1740 e 1785, respectivamente, os diagnósticos de morte aceitos na época (MUTO e NARLOCH, 2005, p. 48). Ambos, “médicos iluminados”, estavam empolgados com as técnicas médicas de ventilação e cuidado com a respiração desenvolvidas na época, o que ia de encontro aos costumes da época, pois, ainda no século XVIII, como atesta Philippe Ariès, os “médicos queixavam-se muito do mau hábito de invadir os quartos dos doentes. Tentaram fazer com que se abrissem as janelas, apagassem as velas e mandasse embora toda a gente” (ARIÈS, 1989, p. 147). Essa nova ideologia científica afastou os entes queridos do leito do moribundo, transformou o ambiente num lugar frio, austero e silencioso. De espetáculo público, o morrer se tornou um evento solitário, em que o moribundo é “privado” (ARIÈS, 1989) ou “expropriado” (ILLICH, 1975) da sua morte, perdendo o poder de dirigi-la.

O antigo aliado do moribundo, o *núncio da morte*, desapareceu, dando lugar a um silêncio preenchido por profissionais que não sabem lidar com a “má-notícia”, seja porque não recebem preparação para isso, seja porque não têm interesse em ministrá-la, seja porque não conseguem mais estabelecer uma comunicação com os seus pacientes.

Esse quadro se agrava quando se percebe que a “medicina social” tem mais produzido danos, do que benefícios, naquilo que Illich (1975) chamou de “iatrogênese social”. Um desses males é decorrente da ideologia de que as ciências da saúde têm como finalidade salvar a vida, ou proteger o paciente contra a morte, o que gera uma confusão entre o paradigma

curar e o paradigma cuidar.

Percebe-se, em muitos discursos dessas ciências, que tal distinção ainda não está clara; em especial quando confundem tratamento com cuidado. Pois, se pudermos associar o conceito de tratamento com a propriedade cura, não podemos fazer o mesmo com o conceito de cuidado. Esse último tem como propriedade específica a preocupação com o bem-estar do usuário, com o objetivo de aliviar a sua dor e lhe garantir conforto diante da sua situação clínica, o que nem sempre passa pela cura.

O paradigma cuidar compreende a propriedade específica paliar. Por sua vez, o paradigma curar está diretamente relacionado à cultura da “obstinação terapêutica”, que associa morte e fracasso do tratamento como o mesmo. Ambos paradigmas são regentes das práticas médicas. E, se não é eticamente viável a cura sem o cuidado, é perfeitamente possível o cuidado sem a cura.

O paradigma curar, através da “obstinação terapêutica”, gera um profissional neurótico e incapacitado para tomar decisões morais de cunho político. As suas ações morais diante do moribundo passam a ser regidas por aproximação ou distanciamento, apatia ou empatia (WORDEN, 1998), ou mera aplicação de protocolo de conduta. Ou seja, por estados psicológicos bastante vulneráveis. Em especial, quando diante das formas de enfrentamento da dor e do sofrimento do moribundo, em que o profissional reconhece que, apesar de todos os avanços tecnológicos na área, a morte é inevitável. O que pode levá-lo à prática da distanásia ou a uma sensação de fracasso. Some-se a isso o fato de que o preparo para o enfrentamento dessa questão está exclusivamente no nível pessoal e predominantemente religioso, fazendo com que a maioria viva incertezas morais profundas entre escolher o que é melhor para si ou para o moribundo. Quando isso acontece, a escolha recai sobre aquilo que é melhor para si mesmo, de acordo com a sua consciência. Desse modo, decisões profissionais são substituídas por decisões religiosas, mesmo em ambiente laico.

O paradigma cuidar está associado, sobretudo, aos cuidados paliativos e às formas alternativas de morrer. Zoboli (2003, p. 32) faz uma associação entre o cuidado paliativo e uma ética do cuidado de base feminina. Os elementos-chave para a compreensão dessa ética são três: a) “a consciência da conexão entre as pessoas ensejando o reconhecimento da responsabilidade de uns pelos outros”; b) “o entendimento de moralidade como consequência da consideração deste relacionamento”; e, c) “a convicção de que a comunicação é o modo de solucionar problemas”. Desse modo, o paradigma cuidar está assentado numa teoria da comunicação entre profissional e usuário.

Essa teoria entra em confronto direto com a privação da morte do moribundo, uma vez que não é possível a comunicação sem o exercício da informação. Entra também em confronto direto com a “obstinação terapêutica”, uma vez que essa bloqueia qualquer possibilidade de comunicação ética entre o profissional e o moribundo. E, também, de certa forma, as bases femininas lançadas por Zoboli entram em contradição com duas outras visões sobre os cuidados paliativos: a da Organização Mundial da Saúde – OMS, e a de Elisabeth Kübler-Ross (2003, 2005). A primeira porque se fundamenta no principialismo, a segunda no cristianismo.

O problema da primeira consiste em querer traçar princípios *prima facie* para decidir as relações entre profissional e moribundo. Ora, se existem princípios *prima facie* regulamentando essa relação, não podemos mais assegurar que a moralidade seja uma consequência direta desse relacionamento, e sim, que seja uma consequência da aplicação dos princípios.

O problema da segunda consiste em que não é mais a comunicação profissional, mas a comunicação religiosa que passa a decidir a moralidade da relação profissional e moribundo. O modelo de Kübler-Ross (2003) de cuidado paliativo se assenta na comunicação que procura «aliviar» o sofrimento por meio da fé, esperança e caridade – que são as virtudes teológicas do cristianismo.

Ambos os modelos, o da OMS e o de Kübler-Ross, impedem, por exemplo, uma associação entre o suicídio assistido e o cuidado paliativo, mesmo que esse seja uma conclusão moral decorrente da comunicação profissional e moribundo. Em suma, o paradigma curar na ótica da ética principialista ou da ética cristã fundamenta o cuidado paliativo, mas impede as formas alternativas de morrer, uma vez que tal cuidado não apressa e nem adia a morte (PESSINI e BARCHIFONTAINE, 2005, p. 362-364). Isto, em outras palavras, mantém o estado vegetativo persistente de não decidir.

Essa decisão por não decidir, priva o moribundo de sua morte e o exclui do convívio social, sem o qual, não somente a sua morte, mas toda sanidade social para conviver com a morte é ameaçada. Elias (2001) já sustentava a tese de que há uma relação entre a necessidade de crer na própria morte e a convivência com o moribundo para que sejam criadas representações sociais saudáveis sobre a morte. Mas, como isto é possível, excluindo o moribundo do convívio social e privando-o de sua própria morte? Como isto é possível se a informação sobre o estado de saúde do moribundo é negada a ele mesmo, e somente em 9% dos casos a sua família é informada antes do desligamento dos aparelhos (MUTO e

NARLOCH, 2005, p. 53)? Como isto é possível se não há preparação acadêmica dos profissionais de saúde nem uma educação familiar para lidar com a questão da morte e do morrer?

É preciso, então, um conjunto de medidas para alterar significativamente esse quadro de privação da morte do moribundo. Medidas tais como: a) atingir e manter um nível ótimo de dor e administração dos sintomas; b) integrar todas as dimensões do moribundo; c) afirmar a vida e a morte como um processo normal; d) oferecer um sistema de apoio para ajudar os moribundos a viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte; e) ajudar a família a lidar com a doença do moribundo e no luto; f) exigir uma abordagem em equipe; g) aprimorar a qualidade de vida; h) oferecer *formas alternativas de morrer*, tais como a eutanásia, o suicídio assistido e a ortotanásia; i) exigir políticas laicas e públicas para o acompanhamento e suporte da questão; j) abrir espaços para a vivência das formas de luto e rituais fúnebres culturalmente localizados; k) humanizar os necrotérios; l) dar suporte moral e técnico para os profissionais que lidam com a questão da morte-morrer; e, m) otimizar os leitos das UTIs. Tais pontos exigem uma ação efetiva do Estado.

O que tem feito o Estado diante de tudo isso?

O papel do Estado diante da morte como expressão da questão social é o mesmo que diante de toda e qualquer outra expressão de questão social na atualidade, cuja tendência é a de transferir as suas atividades para a iniciativa privada ou para o chamado “terceiro setor”. Montañó (1999), diante desse movimento capitalista neoliberal, procura fazer cair a máscara de um “terceiro setor”, aparentemente anticapitalista e antiestatista, que trabalharia pelo resgate da miséria humana, em especial, a miséria humana que toma forma na exclusão social. Seu acento recai sobre a prática desse “terceiro setor” nos países capitalistas periféricos. A tese defendida, ou provocada, por ele é a de que, ao invés de combater a exclusão social, o “terceiro setor” a agudiza.

No caso específico da morte-morrer como expressão da questão social, a ideologia de um Estado neoliberal pode ser captada nas propostas de “desospitalização” e “cuidados domiciliares” presentes na Política Nacional de Humanização – PNH.

Pode parecer contraditório que, após aceitar a denúncia de uma “iatrogênese social”, tal como está formulada por Illich (1975), decida-se contra uma política que enfraquece justamente a “hospitalização”. Não se trata bem disso. O que a PNH propõe, até então, não é

uma alternativa à “hospitalização” ou à “iatrogenia social”, mas, travestida de humanista, ela é manifestação ideológica do Estado neoliberal, cujas obrigações sociais são relegadas à família, ao “terceiro setor” e, mais diretamente, ao setor privado. Esse setor, por sua vez, espolia a morte de acordo com o poder aquisitivo do moribundo e sua família (MUTO e NARLOCH, 2005, p. 48-53), quer na forma da internação ou do *home care*. A norma oculta é a de que o moribundo deve morrer conforme o seu poder aquisitivo lhe permita. Se o moribundo fica muito ou pouco tempo na UTI é uma decisão diretamente influenciada pelas regras arbitradas entre os planos e profissionais da saúde. Podemos dizer que, se a “medicalização da vida” trouxe consigo a ideologia das UTIs, trouxe também uma terceirização da morte.

Isso tudo acontece porque, atualmente, a forma mais comum de morrer é no ambiente hospitalar, em especial, após a retirada do suporte de vida, numa forma de ortotanásia. A “medicalização da vida” foi paulatinamente localizando importantes momentos da vida no ambiente hospitalar, do pré-natal à morte. Assim, o hospital passou a fazer parte da história de vida de cada pessoa. No entanto, com o avanço do capitalismo mercantil e da diminuição do Estado social, a saúde pública passou a ser sucateada e a perder seu lugar para a iniciativa privada. Essa transformação política obrigou a mudança de mentalidade e de posturas com relação à “medicalização da vida”, tais como o descaso pelo diagnóstico clínico e supervalorização dos exames laboratoriais, a acentuação dos *home cares* e aumento dos cursos técnicos de saúde. Dentre as mudanças que se deve discutir está a questão sobre o lugar onde se morre, inclusive a administração dos leitos das UTIs, o cuidado paliativo e a “desospitalização” da PNH.

Neves (2004, p. 53-71) discute a questão do lugar onde se morre, associada, principalmente, ao como (atestado de óbito) se morre e ao lugar social do moribundo. Tal como Ariès, ela tende a associar a morte domesticada com a morte domiciliar, e qualificá-las como uma “boa morte” – substituto teórico para eutanásia; o que não é totalmente verdadeiro. Ao se considerar a variável políticas públicas de saúde encontra-se uma associação tanto entre a “morte hospitalizada” e a “morte obscena” (GORER, 1955) quanto entre a “morte domiciliar” e a “morte obscena” como manifestações contemporâneas da morte globalizada (GURGEL, 2006). Com isso, podemos interpretar diversas formas de “morte hospitalizada” e “morte domiciliar” como formas de “morte interdita”, no sentido de privarem o moribundo do seu direito de morrer.

No ambiente hospitalar, a forma mais comum de “morte obscena” é a ortotanásia. A

Revista Brasileira de Pediatria (SBP, 2005) publicou que, de 167 casos de morte ocorridos em UTIs Pediátricas em 2002 nos estados de Minas Gerais e Rio Grande do Sul, 36% das mortes ocorreram após “limitação do suporte de vida”, que inclui decisões como não entubar, não reanimar ou retirar o suporte vital. Desses casos, 30% estavam reportados de forma contraditória ou foram omitidos nos registros hospitalares. Mas, a ortotanásia não é a única forma de “morte obscena” a ocorrer no ambiente hospitalar. De acordo com alguns relatos (MUTO e NARLOCH, 2005, p. 55) ela ocorre também na forma de “eutanásia clandestina”, uma vez que não aparece nos prontuários, praticada através da aplicação de sedativos acima do limiar tóxico.

No ambiente domiciliar também ocorre a “morte obscena”, na forma da “morte abandonada” – quando o moribundo é abandonado sem suportes ou condições físicas e/ou psíquicas para se manter vivo ou escolher morrer. Isso porque, em alguns casos, o retorno do moribundo para uma casa da qual a cultura da morte-morrer já foi expurgada, é visto como uma má-notícia. O cuidado exigido pelo moribundo entra em contradição com a rotina da casa contemporânea (BARALDI, 1999), em especial durante as festividades do Natal e Ano Novo. É nessa época que ocorre o maior número de casos de abandono dos moribundos (MUTO e NARLOCH, 2005, p. 53). Assim, não é sempre que a presença do moribundo em casa é assumida como uma prática humanizada, embora humanista, no sentido de uma cultura altruísta e caritativa. A própria Neves (2004, p. 63), que embora mantenha preferências pela “morte domiciliar” como a “boa morte”, reconhece que há situações de velamento e privação da morte do moribundo também no ambiente domiciliar.

Mas, se não é possível fechar a equação “morte domiciliar” como “boa morte”, também não é possível fechar a equação “morte hospitalizada” como “morte interdita”. Em ambos os casos, são as condições de possibilidade da morte do moribundo que decidirão tratar-se de uma “morte interdita” ou não. Ou, aquilo que apareceu em outro lugar com o nome de “morte humanizada” (MARANHÃO, 1999; GURGEL, 2006), no sentido de que se evita a “obstinação terapêutica” e procura “ajudar o enfermo a ser autenticamente ele mesmo, animando-o a que prossiga em seu processo de crescimento até o último alento” (MARANHÃO, 1999, p. 40). A base fundamental dessa proposta está assentada numa prática histórica não muito tardia e na própria vontade dos moribundos (GURGEL, 2006).

A prática histórica remete à criação dos *hospices*, que desde os tempos medievais são o lugar da acolhida, e desde 1842, com o trabalho de Jeanne Garnier, em Lyon, na França, estão associados com o lugar do cuidado com o moribundo (PESSINI e BARCHIFONTAINE,

2005, p. 360). Embora os *hospices* primitivos não tivessem nada de humanizados, salvo a boa vontade de algumas freiras, com o advento da farmacologia do século XX e o trabalho de Elisabeth Kübler-Ross, nos EUA, e de Cicely Saunders, na Inglaterra, eles finalmente puderam ser uma alternativa às UTIs. Nesses lugares, o atendimento ao moribundo visa melhorar a qualidade de vida-morte, reconhecendo que morrer não é um fracasso dos esforços dos profissionais envolvidos, mas algo natural e, principalmente, inevitável.

Atualmente, além dos *hospices*, o cuidado paliativo pode ser realizado também em casa ou em enfermarias dentro de hospitais nas quais os usuários recebem oxigênio, soro e remédios para evitar e controlar a dor. Não são feitos procedimentos intrusivos e eles podem contar com uma equipe de profissionais da saúde para apoio (SOUZA; ZAKABI, 2005 p. 97-98). O modelo existe em quase todos os países da Europa e nos EUA, chegando também ao Brasil com a criação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, em 1997, e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, em 2004.

Tais cuidados assumiram o paradigma cuidar na ótica assistencial que implica, apesar das controvérsias (PROCHET, RUIZ e CORREA, 2006), no atendimento do ser humano por inteiro. Como lembra Guerra (2003, p. 150), “esse enfoque assistencial implica ouvir as necessidades do paciente de um modo individualizado, conferindo-lhe direitos negados no sistema convencional de atendimento hospitalar”. Exemplos de instituições onde já há o cuidado paliativo: Hospital do Servidor Público Estadual, do Estado de São Paulo e o Instituto Nacional de Câncer, no Estado do Rio de Janeiro, ambos são da rede pública, mas há outros na rede privada.

Em São Paulo, o Hospital do Servidor Público Estadual foi um dos pioneiros nesse tipo de atendimento no Brasil, em 2000. Uma equipe de profissionais da saúde acompanha, atualmente, cerca de 90 moribundos em suas casas, além dos internos na enfermaria. No entanto, devido àquela “ilusão de imortalidade” e à auto-imagem que as famílias têm, normalmente se recorre ao tratamento intrusivo e condenam a possibilidade de sequer pensar no contrário. Associem a essa crença a idéia de que a benevolência é um princípio de ação superior, mesmo que isso signifique passar por cima da autonomia e da não-maleficência. Desse modo, a prática é que familiares pressionem os médicos para que eles façam de tudo o que for possível para manter o doente vivo.

Mas, quando se trata de moribundo em estado grave, o que ele ganha com esses dias extras? Qual a relação custo benefício? O princípio de não-maleficência nos obriga a ponderar essa relação. Saber se o adiamento do fim da vida é mais benéfico, à custa de tanto

sofrimento físico e psicológico. Acredita-se, aqui, que não vale a pena, nem do ponto de vista social nem individual submeter um moribundo ao tratamento intrusivo.

Em não sendo um moribundo, alguém poderia alegar uma mudança de opinião se ou quando estivesse no lugar de um. Aqui entra a segunda base fundamental da proposta de uma “morte humanizada”: a vontade do moribundo. Pois bem, é verdade que alguns moribundos não aceitam o cuidado paliativo e não aprendem a morrer, mesmo após a ciência do diagnóstico e certeza do prognóstico. Alguns até acreditam que uma “morte dolorosa” é uma forma de expiação. No entanto, mesmo convivendo com a crença de que um milagre possa reverter o seu diagnóstico, quando perguntados sobre seu estado terminal a maioria se recusa a morrer na UTI. Os resultados de pesquisas feitas no Brasil e nos EUA atestam a nossa tese: “acima de 70% dos pacientes terminais fazem aos médicos e à família dois pedidos. Primeiro, não querem sofrer. Segundo, querem morrer em casa” (SOUZA e ZAKABI, 2005, p. 95).

Outra pesquisa, comparando Brasil e Cuba (BARALDI, 1999), mostrou que os pacientes cubanos preferem uma “morte domiciliar”, ao passo que os brasileiros (ou mais especificamente, paulistas) resistiam mais a essa idéia. Uma variável importante, considerada na pesquisa, para explicar essa diferença entre preferências estava na forma de assistência domiciliar dada pelo Estado. Em Cuba, não há, até o momento, a “desospitalização” ou uma “terceirização da assistência ao moribundo” forçadas. Ali, o governo socialista mantém hospitalizados os pacientes que, por motivos sócio-econômicos ou psicológicos, não podem receber alta hospitalar. O cuidado domiciliar é profissionalizado e estatal, realizado junto aos familiares, por meio de uma equipe multiprofissional oferecendo suporte básico ao moribundo, que vai desde orientação psicológica, medicação, curativo e oxigênio, quando necessário. Os brasileiros paulistas não dispõem de uma referência em saúde desse tipo, daí a sua resistência em aceitar outra alternativa ao tratamento do moribundo além do prestado em UTI. Em Cuba, de acordo com os resultados da pesquisa, os familiares participam do processo de decisão, e levar o paciente para morrer em casa era uma das necessidades dos familiares entrevistados (BARALDI, 1999).

Percebe-se, portanto, que mesmo diante do processo de *medicalização da vida*, que culminou na hospitalização da morte-morrer, os moribundos ainda resistem a uma morte fora, ou afastada, do seio familiar, desde que haja suporte para tal. É claro que a “morte domiciliar” ocasiona alterações significativas no cotidiano familiar, bem como na revisão dos papéis sociais que seus membros desempenham. E, como se viu antes, na maioria das vezes, essa transferência cai como um fardo, sendo preferível uma morte desumanizada, mesmo em

ambiente familiar. Outra alternativa, que obriga mais diretamente a ação do Estado, são os centros de cuidados paliativos aos quais nos referimos anteriormente.

Essa é a opinião da maioria das pessoas submetidas à distanásia, às quais aqui se deu voz. Entre uma coisa e outra, elas preferem a “morte humanizada”, na qual prevalece o princípio de não-maleficência. Se tudo isso for verdade, a quem a família quer agradar quando pratica a distanásia? A quem o profissional de saúde quer servir quando faz o mesmo? A quem a justiça quer defender quando interdita o direito civil de escolher como quer morrer? Perdeu-se o foco no bem-estar do usuário. O único bem-estar que faz parte do jogo é o bem-estar próprio.

A prosa está boa, mas já está hora...

Partindo da concepção clínica da morte, assegurada pela *Declaração de Harvard*, e da caracterização das formas de tratar a morte e o morrer como uma globalização do “jeito americano de morrer”, viu-se que morrer hoje em dia não pode ser visto como um mero acontecimento clínico. Ele é, antes de tudo, uma expressão da questão social. Isto porque a globalização da morte representa o processo contemporâneo de formação e desenvolvimento das formas de assistência e trato com o processo morte-morrer, bem como, esse processo é determinado por variáveis sócio-econômicas, mais do que culturais-religiosas. Como tal processo é marcado pela transformação da morte-morrer em objeto de consumo, ao mesmo tempo que pela transferência de responsabilidades sociais do Estado social para o Estado neoliberal, diz-se que ele é representação do modo capitalista de produção social.

Se as lutas sociais relacionadas à morte-morrer, no passado, estavam direcionadas para o direito aos “sete pés de terra”, um caixão e um lugar no cemitério, hoje elas estão, também, voltadas para a hora da morte. Os moribundos lutam por direitos à assistência a uma morte digna e humanizada, o que significa o distanciamento das práticas médicas obstinadas, racionalização dos leitos de UTIs e suporte técnico-emocional na forma de cuidados paliativos prestados gratuitamente pelo Estado. Desse modo, em época de globalização da morte, a morte é uma manifestação da vida social contraditória e uma exigência da classe trabalhadora para ser assistida além da mera caridade.

O Processo morte-morrer se encontra em meio à lógica mercantil, que transformou tanto a hospitalização quanto a desospitalização em formas de obtenção de lucro, de um lado, e as lutas sociais por qualidade de vida-morte do moribundo, assistida gratuita e universalmente,

por outro. Logo, o processo morte-morrer faz parte das contradições da sociedade capitalista como um todo. Há uma morte para o capitalista e outra para a classe operária, como se manifesta claramente na assistência ao moribundo. Em estados brasileiros mais industrializados, essa assistência já atende a certas exigências da classe trabalhadora, ao passo que nos estados menos industrializados, pouco há em termos de assistência, quer como cura, quer como cuidado.

Alternativas existem, tanto para a sociedade capitalista quanto para as formas de morrer dentro dessa mesma sociedade. A morte não precisa ser sempre a “morte hospitalizada”, como está consagrada pela sociedade ocidental, nem a “morte obscena”, como ocorre na negação à assistência ao moribundo. Desse modo, o processo morte-morrer, no seio da sociedade capitalista, é polêmico e portador de contradições, e como tal, só com a eliminação dessas contradições, a assistência ao moribundo poderá ser considerada verdadeiramente humanizada.

Estão lançadas, portanto, algumas contribuições iniciais para se pensar a morte como expressão da questão social na nossa sociedade contemporânea. Espera-se o debate.

THE DEATH AS SOCIAL MATTER

Abstract

It is presented here the death matter linked to the categories “social needs”, “social inequalities”, “social fights” and “state action of social stamp”. The “unhospitalization” and “home care” proposal of the current National Policy of Humanization is understood as a transfer of responsibility from the State to the “private initiative”, familiar or “Third Section one”. It is verified a social fight of the dying person in order to guarantee his/her dignity in the hour of the death, refusing the healing paradigm on behalf of the care. It is concluded that the death cannot be understood anymore as a mere clinical matter but as an expression of the social matter.

Key-words: Death. To die. Social matter.

Nota

¹ Mestre em Filosofia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: ayalagurgel@yahoo.com.br.

Referências

- ARIÈS, P. *Sobre a história da morte no ocidente desde a Idade Média*. Tradução de Pedro Jordão. 2. ed. Lisboa: Teorema, 1989.
- BARALDI, S. *Sobre o significado da morte e do morrer: identificando similaridades e diferenças no Brasil (São Paulo) e Cuba (Havana)*. 119 f. Dissertação de mestrado (Programa de Pós-Graduação em Integração da América Latina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- BARALDI, S; PAES DA SILVA, M. J. Reflexões sobre a influência da estrutura social no processo da morte-morrer. *Nursing*. São Paulo, n. 24, ano. 3, p. 14-17, 2000.
- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Tradução de Fernando Tomaz. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde (2004). *Política Nacional de Humanização*. Documento para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, DF: Senado Federal, 2004.
- CASTRO, J. *Sete palmas de terra e um caixão*. São Paulo: Brasiliense, 1965.
- COLLUCCI, C. Leito seletivo: Em casa ou em enfermarias, doentes incuráveis recebem tratamento. Cuidados paliativos são alternativa longe de UTI. *Folha de São Paulo*, São Paulo, quarta-feira, 13 de abril de 2005. Folha Cotidiano.
- DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: _____ (orgs). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Tradução de Sandra Regina Netz. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2006, p. 15-41.
- ELIAS, N. *A solidão dos moribundos*. Envelhecer e morrer. Trad. de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.
- ENGELS, F. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado* Trad. de Ciro Mioranza. São Paulo: Editora Escala, 2005. (Col. Grandes obras do pensamento universal, 2).
- FARIAS, F. B. *O Estado capitalista contemporâneo: para a crítica das visões regulacionistas*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica: uma arqueologia do olhar médico*. Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense, 1979.
- _____. *História da loucura na idade clássica*. Trad. de José Teixeira Coelho. 8. ed. São Paulo: Perspectivas, 2005. (Col. Estudos, 61).
- _____. *Microfísica do poder*. 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

- GARELLI, F. Controle social. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. Trad. de Carmen C. Varialle, Gaetano lo Mônaco, João Ferreira, Luís Guerreiro Pinto Cacais, Renzo Dini. 8. ed. Brasília: Editora UnB, 1995, p. 283-285.
- GORER, G. *The pornography of death*. London: Cresset, 1955.
- GUERRA, M. A. T. Bioética e Cuidados Paliativos na Assistência à Saúde. In: FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P (orgs). *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: São Camilo-Loyola, 2003.
- GURGEL, W. B. A medicalização do morrer nas políticas de assistência à morte e ao morrer na sociedade ocidental. *Ciências Humanas em Revista*, v. 4, n. 1, p. 13-32, 2006.
- HELLER, A. *Teoría de las necesidades en Marx*. 2. ed. Barcelona: Ediciones 62, 1986.
- IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. *Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. São Paulo: Cortez, 1983.
- CENSO de 2000: Banco de dados do IBGE. Disponível em: <<http://www.bme.ibge.gov.br>>. Acesso em 8 ago. 2006.
- ILLICH, I. *Deschooling society*. New York: Marion Boyars, 1971.
- _____. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Trad. de José Kosinski de Cavalcanti. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- IWASSO, S. CFM desobriga médicos de prolongar a vida dos pacientes terminais. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 28 jul. de 2006. Ano 127, n. 41191, p. A15.
- KANT, I. *Crítica da razão pura*. Trad. de Alex Marins. São Paulo: Martin Claret, 2001. Série Ouro, 3.
- KOSIK, K. *Dialética do concreto*. Trad. de Célia Neves e Alderico Toríbio. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- KÜBLER-ROSS, E. *O túnel e a luz: reflexões essenciais sobre a vida e a morte*. Trad. de Magda França Lopes Campinas: Verus Editora, 2003.
- _____. *Sobre a morte e o morrer*. Trad. de Paulo Menezes. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- LIMA DA SILVA, J. L. A importância do estudo da morte para profissionais de saúde. *Revista Técnico-científica de Enfermagem*, Curitiba, v. 3, n. 12, jul/set 2004.
- LUNA, M. Eutanásia e obstinação terapêutica. *Medicina Conselho Federal*, Brasília, ano XX, n.155, p. 18, mai./ jun./ jul. 2005.
- MARANHÃO, J. L. S. *O que é Morte*. São Paulo: Brasiliense, 1999.

- MARSHAL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Trad. de Meton P. Gadelha. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.
- MARX, K. *Contribuição para a crítica da economia política*. Trad. de Maria Helena Barreiro Alves. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1982.
- _____. *Crítica ao Programa de Gotham: comentários à margem do programa do Partido Operário alemão*. Trad. de Sueli Tomazzini Barros Cassal. Porto Alegre: L&PM, 2001, p.85-131.
- _____. *O Capital: crítica da economia política*. Trad. de Reginaldo Sant’Anna. 23. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005, vol. II, liv.1.
- _____. *Manifesto do Partido Comunista* Trad. de Sueli Tomazzini Barros Cassal. Porto Alegre: L&PM, 2001.
- MITFORD, J. *The American way of death*. Randon House: INC, 1963.
- MONTAIGNE, M. *Ensaaios*. Trad. de Sérgio Milliet. São Paulo: Victor Civita, 1972. (Col. Os Pensadores).
- MONTAÑO, C. Das “Lógicas do Estado” às “Lógicas da Sociedade Civil”: Estado e “Terceiro Setor” em questão. *Revista Quadrimestral de Serviço Social*, São Paulo, ano XX, n.59, p. 47-79, mar. 1999.
- MUTO, E.; NARLOCH, L. Uma nova morte. *Superinteressante*, São Paulo: Editora Abril, p. 48-53, dez. 2005.
- NEVES, E. M. Alegorias sobre a morte: a solidariedade familiar na decisão do lugar de “bem morrer”. *Caderno Pós Ciências Sociais*, São Luís, v. 1, n. 2, p. 53-71, ago/dez. 2004.
- PARKEAR. *Jornal @notícia: Respeito ao leitor*. Disponível em: <http://www.parkear.com/portugues/a_noticia.php?subaction=showfull&id=1144764391&archive=&start_from=&ucat=1>. Acesso em: 8 ago. 2006.
- PERELMAN, C. *Ética e Direito*. Trad. de Maria Ermantina Galvão G. Pereira. Martins Fontes: São Paulo, 1996.
- PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. *Problemas atuais de Bioética*. 7. ed. São Paulo: São Camilo-Loyola, 2005.
- PRENDERGAST, T.J.; CLAESSENS, M. T; LUCE, J. M. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Respiratory and Critical Care Medicine*, Stanford, n. 158, p. 1163-1167, 1998.
- PROCHET, T.C.; RUIZ, T.; CORREA, I. A humanização do atendimento ao idoso: o que o

- idoso hospitalizado sente, percebe e deseja? *Revista Nursing*, Barueri, v. 94, n. 9, p. 713-723, mar. 2006.
- REIS, J. J. *A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. São Paulo: Companhia brasileira das letras, 1991.
- SARAMAGO, J. *As intermitências da morte*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- SBP. *Revista Brasileira de Pediatria*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, mar, 2005.
- SCHOPENHAUER A. *Da Morte. Metafísica do Amor. Do Sofrimento do Mundo*. Trad. De Pietro Nassetti. São Paulo: Martin Claret, 2001.
- SCOLESE, E. Leito seletivo: Humberto Costa disse que proposta de limitar acesso à terapia intensiva tornou-se debate político. Ministro da Saúde recua e pára a discussão sobre restrição em UTI. *Folha de São Paulo*, São Paulo, quarta-feira, 13 de abril de 2005. Folha Cotidiano, p. 1.
- SILVADO, C. E. S; WITTIG, E. O; MARQUETTI, P. R. C. Critério de morte encefálica. *Arquivo do Conselho Regional de Medicina do Paraná*, Ano III, n.11, 1986, p. 15-19.
- SINGER, P. *Repensar la vida y la muerte: el derrumbe de nuestra ética tradicional*. Barcelona-Buenos Aires-México: Paidós, 1996.
- SOUSA SANTOS, B. (org). *A globalização e as ciências sociais*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- SOUZA, O.; ZAKABI, R. Em Busca de Um Final Sereno. *Veja*, São Paulo, Editora Abril, p. 93-100, 9 de novembro de 2005.
- SUASSUNA, A. *Auto da Compadecida*. 10. ed. São Paulo: Agir Editora, 1973.
- TAKEDA, L. R. Solidão e morte em hospitais. *Enfermagem Moderna*, v. 3, n. 4, p. 10-15, out-dez. 1985.
- TELES, V. S. Questão social: afinal do que se trata? *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, vol. 10, n. 4, p. 85-95, out-dez. 1996.
- THOMAS, L. V. *Antropologia de la muerte*. México: Fondo de Cultura Economica, 1983.
- THOMPSON, J. B. *Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Trad. de Pedrinho A. Guareschi. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- UNICEF. *The state of the world's children 2006: excluded and invisible*. The United Nations Children's Fund: Unicef Publications, 2005.
- VANDERVERKEN, D. Aspectos cognitivos na lógica intensional e teoria da verdade.

Ciência Humana em Revista, São Luís, v. 3, n. especial, p.15-38, 2005.

_____. *Meaning and speech acts*. Cambridge: University Press, 1991.

WORDEN, J. W. *Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental*. Trad. de Max Brenner e Maria Rita Hofmeister. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

ZOBOLI, E. L. C. P. Referenciais de análise em Bioética: o desafio de traçar sua interface com a saúde pública. FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P (orgs). *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: São Camilo-Loyola, 2003. p. 35-48.

Recebido: 13/05/2007

Aceito: 26/08/2007