

ALINE NUNES MENEZES
MÁRCIA MARIA DE MEDEIROS

DICIONÁRIO CRÍTICO DE TANATOLOGIA

Dourados, 2020.

M51c Menezes, AlineNunes

A construção de um dicionário crítico de tanatologia /
Aline Nunes Menezes. – Dourados, MS: UEMS, 2020.
68 p.

Produto Técnico (Mestrado) – Ensino em Saúde
– Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul,
2020.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Maria de
Medeiros. ISBN: 978-65-86308-36-5.

1. Tanatologia 2. Atitude frente a morte 3. Morte 4. Educar
para a saúde I. Medeiros, Márcia Maria de II. Título

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	
<i>Cuidados Paliativos.....</i>	1
<i>Dame Cicely Saunders.....</i>	9
<i>Elizabeth Kübler-Ross.....</i>	15
<i>Luto.....</i>	22
<i>Maria Júlia Kovács.....</i>	30
<i>Morte.....</i>	34
<i>Movimento Hospice.....</i>	41
<i>Suicídio.....</i>	47
<i>Tanatologia.....</i>	54
<i>Tanatopedagogia.....</i>	63

APRESENTAÇÃO

Prezado (a) Leitor (a);

Trazemos para você o resultado da nossa pesquisa, apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (PPGES/UEMS), intitulada “A Construção de um Dicionário Crítico de Tanatologia”.

A proposta deste trabalho foi apresentada ao Comitê de Ética com Seres Humanos da UEMS e aprovada sob o número de registro CAAE 29278820.2.0000.8030.

Antes de iniciar a leitura do material, gostaríamos de repassar algumas orientações. Primeiramente, saiba que você tem em suas mãos um dicionário crítico. Este é o tipo de material educativo que pela sua própria natureza, foge da definição comum do termo dicionário.

O trabalho que compartilhamos com busca analisar e delimitar algumas características teóricas e filosóficas em relação ao conjunto de verbetes que compõem o seu *corpus*. Talvez você esteja se perguntando como este conjunto de palavras foi definido: a construção do material foi realizada em dois momentos.

No primeiro momento, fizemos um levantamento junto às bases seguintes bases de dados: Portal de Periódicos da CAPES, Scielo, MedLine e PubMed buscando por descritores que estivessem relacionados às questões inerentes ao

estudo da Tanatologia: morte, suicídio, cuidados paliativos, Elizabeth Kübler-Ross, entre outros.

Depois, nos dedicamos a pesquisar artigos publicados entre 2010 e 2018 sobre o assunto, bem como livros e capítulos de livros. Neste caso, não determinamos um marco temporal, haja vista algumas obras que são clássicas referências sobre o tema, como é o caso de “O Suicídio”, escrito por Émile Durkheim, cuja primeira edição no Brasil data de 1987.

Posterior a este levantamento, construímos os verbetes propriamente ditos, os alocamos em ordem alfabética e acreditamos que os mesmos passaram a constituir um conjunto conceitual explicativo das categorias elencadas.

Este dicionário se caracteriza por ser hipertextual. Você pode avançar nos verbetes de acordo com as chamadas que surgirem no corpo do texto, pois, muitas vezes o assunto tratado em um verbete se dimensiona e se aprofunda em outro.

Ao final de cada verbete, estão algumas sugestões de leitura que não somente serviram para orientar a construção do material educativo, mas também apontam possibilidades de aquisição de novos conhecimentos.

Boa leitura!

Cuidados Paliativos

As transformações geopolíticas, o avanço tecnológico e da ciência, o aumento da expectativa de vida e a diminuição da mortalidade são alguns dos fatores que evidenciam um novo cenário para a sociedade ocidental contemporânea.

Estudos afirmam que existe a possibilidade de inversão da pirâmide social, apontando para a premissa de que, neste contexto, a população acima de 65 anos será maior que o número de crianças menores de 5 anos. Além disso, o crescimento no número de doenças crônicas, entre elas o câncer, faz perceber sobre a necessidade de incorporar os cuidados paliativos enquanto processo de tratamento dos indivíduos seja em caso domiciliar, seja nos centros hospitalares (VICTOR, 2016; SILVA, 2017; MELO e CAPONERO, 2009).

Os cuidados paliativos consistem em técnicas e práticas de assistência que visam promover:

(...) a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza biofísica, psicossocial e espiritual (OMS *apud* MATSUMOTO, 2012, p. 26).

A lógica que permeia a ação efetivada pelos Cuidados Paliativos iniciou-se com o movimento *hospice* (ver verbete Movimento Hospice), criado por Cecily Saunders (ver verbete Cecily Saunders). Através da sua prática e de pessoas que trabalhavam com ela sendo instadas a seguir esta metodologia do cuidar, houve um crescimento nas ações de assistência que visavam minimizar a dor e outros sintomas decorrentes das doenças crônicas e progressivas. Tais premissas buscavam abranger o indivíduo em seu aspecto biopsicossocial (MELO E CAMPONERO, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015).

Victor informa que o número de pessoas que necessitarão dos cuidados paliativos tende a crescer, porém em muitos lugares (especialmente nos países emergentes, ou seja, aqueles cuja economia incorre em e que conseguiram melhor aspectos da infra-estrutura e do Índice de Desenvolvimento Humano) “(...) não existem serviços de cuidados paliativos ou esses ainda são incipientes” (VICTOR, 2016, p. 267). De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2012), o número de doentes fora da possibilidade de cura terapêutica, os quais morrem sem uma assistência digna é progressivo.

A mesma instituição informa que a assistência prestada a esses enfermos está focada em tratamentos curativistas, os quais utilizam de métodos que não se fazem mais necessários, e que desprezam a subjetividade e o sofrimento do ser. Ademais, esse desvio na atenção ao doente pode levar a incapacidade em tratar efetivamente

sintomas recorrentes, entre eles, a dor (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Forte (2009) aponta para a necessidade de que os cuidados paliativos sejam ofertados a todos os sujeitos doentes fora da possibilidade de cura terapêutica, porém não somente àqueles que se encontram nos últimos momentos de vida. Em sua opinião, essa metodologia do cuidar deve ser iniciada assim que o diagnóstico de doença grave é detectado e constitui em ameaça a continuidade de vida.

Melo e Caponero (2009) preconizam que existem estágios que inferem as transformações relativas aos cuidados paliativos, quais sejam eles: **negação**, que ocorre quando as instituições negam a existência da necessidade em se falar sobre a temática e, portanto, criar elementos que possibilitem a resolução das questões advindas destas práticas; **palifobia**, neste caso o termo cuidados paliativos gera pânico e costuma ser associado à eutanásia; **palilalia**, que se trata de um discurso repetitivo e sem sentido sobre o tema, o qual não costuma trazer ações efetivas sobre o assunto. O último estágio é identificado pelos autores como **paliativo**, ou seja, momento em que:

[...] designa-se pessoal qualificado, estruturam-se departamentos e disciplinas com esse conteúdo, com a intenção de implantação na prática, através de suporte financeiro [...]" (MELO, CAPONERO, 2009, p. 265).

No caso do Brasil, de acordo com a resolução proposta pelo Ministério da Saúde, os cuidados paliativos devem ser ofertados em todas

as dimensões da rede pública, desde a atenção primária até as demais instâncias, considerando a integralidade da assistência e as condições do indivíduo (BRASIL, 2018). A atenção primária acompanhará o sujeito acometido por uma doença grave e irreversível englobando toda equipe profissional e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

No que tange à atenção domiciliar, os cuidados devem atentar para um plano terapêutico singular, ou seja, para a criação de estratégias terapêuticas que sejam articuladas a fim de atender as necessidades de cada indivíduo, bem como de cada família e comunidade, em uma perspectiva subjetiva e de respeito à pessoa, proporcionando melhor qualidade de vida ao sujeito doente e aos seus familiares (BRASIL, 2018).

Já a atenção ambulatorial deve atender às demandas relativas aos cuidados paliativos em seu todo. Diante disso, os setores de urgência e emergência objetivam prestar cuidados que diminuam o sofrimento do doente; e as unidades hospitalares prestam cuidados aos enfermos quando estes não podem mais ser assistidos em nenhuma das outras instâncias mencionadas anteriormente (BRASIL, 2018).

A prática assistencial relativa aos cuidados paliativos envolve o indivíduo e a sua família em um processo que se desvincula do modelo biomédico e busca de forma incessante a qualidade da assistência, no sentido de que ela seja eficaz para diminuir o sofrimento daquela pessoa e dos seus familiares em relação ao seu processo de finitude. Combinato e Martins (2012) reforçam que

esta prática se caracteriza por promover a qualidade de vida do doente, independente do seu *locus*.

Marta, Hanna e Silva (2010), descrevem os cinco princípios éticos que norteiam os cuidados paliativos da seguinte maneira: **veracidade**, inferindo a necessidade de respeitar a verdade sobre a situação do enfermo tanto em relação a informações para ele quanto para seus familiares; **proporcionalidade terapêutica**, este critério aborda o julgamento das práticas relacionadas à intervenção médica estabelecendo a análise dos riscos e benefícios relativos aos procedimentos adotados; **duplo efeito**, parte do pressuposto de que todo o ato terapêutico tem efeitos positivos e negativos; **prevenção**, a qual observa a necessidade de abordar quaisquer complicações advindas da evolução clínica do doente; e **não abandono e tratamento da dor**, lógica que entende não ser possível ao médico assistente abandonar o sujeito doente caso ele não aceite submeter-se ao tratamento conforme prescrito além do que, no momento em que sentir dor, o enfermo tem direito a analgesia, ou seja ao uso de medicamentos que evitem a dor.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2012) corrobora com a assertiva descrita pelos autores acima e ainda preconiza a necessidade de trabalhar questões que envolvem o alívio da dor e do sofrimento do enfermo independente da sua natureza; a necessidade de prestar cuidados psicossociais ao doente e aos seus familiares; o exercício de uma comunicação ativa e empática; o respeito à integridade física, espiritual

e psicológica do indivíduo e a atuação de uma equipe multidisciplinar.

Silva aponta que a assistência prestada ao doente que necessita dos cuidados paliativos deve abranger o enfermo e seus familiares, promovendo um acompanhamento que se inicia com o diagnóstico da enfermidade até o momento da morte. Tal medida proporciona alívio ao sofrimento além de impedir agravos desnecessários diante de uma doença irreversível. Para que tal processo ocorra, faz-se necessário capacitar os profissionais da saúde a fim de que saibam lidar com a morte (SILVA, 2017).

Aqui caberia questionar qual é o espaço que as questões envolvendo os cuidados paliativos possuem nos currículos formadores dos profissionais da área da saúde nas mais diversas instituições superiores de ensino, sejam elas públicas ou privadas.

Estudos observam que existe uma lacuna na formação desses profissionais no que se refere à junção entre a teoria e a prática quando das discussões sobre o processo de morte e morrer, além do fato de que os projetos pedagógicos não fornecem subsídios capazes de formar sujeitos que efetivem uma relação mais humana com doentes em fase terminal e seus familiares (MELO e CAPONERO, 2009; SANTOS, 2009).

Percebe-se a necessidade de discutir princípios formativos que garantam aos profissionais da saúde constituir ações que proporcionem ao sujeito que necessita dos cuidados paliativos o conforto necessário a sua situação. Tal processo deve ser extensivo aos seus familiares.

Trata-se, pois, de desenvolver habilidades que permitam compreender sobre a finitude, sobre a existência humana e sobre as necessidades do paciente e familiar neste momento da vida (SILVA, 2017).

A relevância metodológica do cuidar relacionada aos cuidados paliativos está centrada em proporcionar aos sujeitos uma assistência digna, livre de maiores agravos e os profissionais da saúde urgem em compreender que isto significa garantir aos enfermos a melhor qualidade de vida possível, mas sem medidas desnecessárias de postergação de vida (VICTOR, 2016).

Referências para consulta:

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. Revisão: Gabriel Koza, 2 ed, 2012, 592p.

MARTA, G. N.; HANNA, S. A.; SILVA, J. L. F. Cuidados Paliativos e Ortotanásia. **Diag. e Tratamento**, 2010; 15 (2), p. 58-60.

BRASIL. **Comissão Intergestores Tripartite**, disponível em <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/23/RESOLUCAO-N41.pdf>>, acesso em 15/07/2019.

COMBINATO D.S.; MARTINS S.T.F. (Em defesa dos) Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo - 2012;36(3):433-441.

FORTE, D. N. Estratégia de Comunicação em Cuidados Paliativos. SANTOS, F. S.(org).

Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009, p. 223-231.

MELO, A. G. C. e CAPONERO, R. Cuidados Paliativos – Abordagem Contínua e Integral. SANTOS, F. S. (org) **Cuidados paliativos:** discutindo a vida, a morte e o morrer. Editora Atheneu: São Paulo, 2009, p. 257-267.

MATSUMOTO, D.Y. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. CARVALHO, R.T., PARSONS, H.A., (org). **Manual de Cuidados Paliativos da ANCP.** Rio de Janeiro: Diagraphic, 2012, p. 23-30.

SILVA, S.M.A. Os Cuidados ao Fim da Vida no Contexto dos Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2016; 62(3), p. 253-257.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Vamos Falar de Cuidados Paliativos.** Rio de Janeiro, 2015, disponível em <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers-o-online.pdf>>, acesso em 24/07/2019.

VICTOR, G.H.G.G. Cuidados Paliativos no Mundo. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2016; 62(3), p. 267-270.

DameCicely Saunders

Nascida em 22 de junho de 1918, na Inglaterra, DameCicely Saunders é considerada a precursora do processo que envolve os cuidados paliativos (ver verbete Cuidados Paliativos). Seu nome também está diretamente relacionado à criação dos chamados *hospice* (ver verbete Movimento Hospice). Saunders dedicava-se aos estudos de Filosofia, Economia e Política na Universidade de Oxford até a eclosão da Segunda Guerra Mundial.

A Inglaterra foi um dos palcos nos quais o conflito causou grande devastação. Diante deste quadro, a jovem Cicely abandonou os estudos filosóficos e passou a dedicar-se a Enfermagem, curso que concluiu no Saint Thomas Hospital em 1944. Ao final da guerra, aprofundou seu conhecimento em áreas como Administração Pública e Ciências Sociais.

O interesse de Cicely Saunders (como se tornou conhecida) pela assistência aos doentes em fase terminal, deu-se quando ela tornou-se responsável pelo cuidado a um enfermo com câncer. Visando encontrar alternativas que minimizassem a dor e o sofrimento desse e de outros possíveis sujeitos nas mesmas condições, sentiu a necessidade de estudar Medicina, curso no qual se graduou em 1957 (MELO E CAMPONERO, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015).

Floriani (2009) aponta que Cicely Saunders pode ser vista e compreendida como uma líder carismática, dentro da concepção weberiana do termo, ou seja, alguém dotada de qualidades excepcionais, imbuída de uma missão.

Max Weber foi um filósofo alemão que viveu no final do século XIX e início do século XX. Para ele, o líder carismático se caracteriza por ser uma pessoa devotada a uma intenção, que, em suas palavras, pode mesmo soar heroica. Para este filósofo, é o caráter inigualável desta pessoa que lhe confere legitimidade.

A maneira como Saunders agiu no sentido de articular o movimento *hospice* preconiza exatamente essa assertiva, pois seu trabalho revolucionou os cuidados prestados ao doente terminal, criando uma nova filosofia de cuidados, através de uma assistência pautada em princípios que faziam valer uma comunicação ativa e empática entre doentes e equipe de assistência, promovendo a criação e entendimento do conceito de “dor total” (PESSINI, BERTACHINE, 2005).

Saunders descreve o conceito de “dor total” como sendo “[...] a complex of physical, emotional, social, and spiritual elements” (SAUNDERS, 1996, p. 02), em tradução livre, um complexo de elementos que envolvem emoções físicas, emocionais, sociais e espirituais. A própria natureza do conceito expressa à necessidade de uma assistência holística a ser prestada aos doentes em fase terminal.

As ações promovidas por Cicely Saunders levaram a fundação do primeiro instituto especializado no controle da dor e de possíveis

sintomas que acometessem enfermos graves, portanto, o primeiro hospital voltado para os cuidados paliativos. Em 1967, foi criado o Saint Christopher Hospice, cuja pauta de trabalho se baseava em 3 princípios: cuidados clínicos, educação e pesquisa. Esta tríade deveria ser responsável pela criação de um tipo de assistência que englobasse os aspectos físico, social e espiritual do enfermo em fase terminal (PESSINI E BERTACHINE, 2005).

Floriani e Schramm (2010) apontam para a importância que a formação em Enfermagem e Serviço Social possui para o entendimento da maneira como Saunders articulava o processo relativo à assistência aos doentes terminais. Na opinião daqueles autores, esta formação permitiu a ela a compreensão do significado de um cuidado pautado na humanização.

Saunders, insatisfeita com os cuidados prestados aos moribundos, desenvolveu a teoria da receptividade que deveria permear a assistência dos cuidados paliativos, apontando para a necessidade constante de acolhimento das pessoas em fase terminal. O sentimento de rejeição e exclusão que os moribundos sofriam a sensibilizava, uma vez que ela percebia que a maneira como os mesmos eram tratados gerava sentimentos de frustração e dor, tanto para eles quanto para os seus familiares (FLORIANI, 2009).

Cicely Saunders e seus colaboradores disseminaram no mundo uma nova metodologia do cuidar, a qual visava à minimização da dor e do sofrimento decorrente das doenças crônicas e progressivas e que abrangia o indivíduo em todo

seu aspecto biopsicossocial (MELO E CAMPONERO, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015).

Pelo trabalho desenvolvido em sua vida, Saunders recebeu várias honrarias, destacando-se a medalha de ouro da Associação Médica Britânica, devido aos serviços prestados na área médica e o Prêmio Onassis por serviços prestados à humanidade. Ela também recebeu a Ordem do Mérito, concedida pela rainha Elizabeth, em 1989 (FRANCO, 2005). Seu trabalho influenciou outros nomes importantes da tanatologia (ver verbete Tanatologia), como Elizabeth Kübler-Ross (ver verbete Elizabeth Külber-Ross) (ARRIEIRA, 2015).

DameCicely Saunders faleceu em outubro de 2005, aos 85 anos de idade, no Saint Christopher Hospice, deixando como marco para a história da saúde a necessidade de prestar cuidados efetivos aos doentes, aliviando a sua dor e seu sofrimento, incluindo os enfermos fora de possibilidades de cura.

Referências para consulta:

FLORIANI C. A., SCHRAMM F. R. Casas para os que Morrem: a história do desenvolvimento dos hospices modernos. **História, Ciências, Saúde –**

Manguinhos, Rio de Janeiro.v. 17, supl.1, jul. 2010, p.165-180.

ARRIEIRA, I. C. O. **A Integralidade em Cuidados Paliativos**: enfoque no sentido espiritual. Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2015. 166 f.

FLORIANI, C. A. **Moderno Movimento Hospice**: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte..Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009, 192 f, disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2571>>, acesso em 10 de dezembro de 2019.

FRANCO, M. H. P. DAME CICELY SAUNDERS, disponível em http://www.4estacoes.com/pdf/textos_saiba_mais/cicely_saunders.pdf, 2005, acesso em 28 de agosto de 2019.

MELO, A. G. C. e CAPONERO, R. Cuidados Paliativos – Abordagem Contínua e Integral. SANTOS, F. S. (org) **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. Editora Atheneu: São Paulo, 2009, p.257-267.

PESSINI L.; BERTACHINI, A. L. Novas Perspectivas em Cuidados Paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. **O mundo da saúde**, São Paulo, ano 29, v. 29, n. 4 out./dez. 2005.

Saunders C. Into the Valley of the Shadow of Death: a personal therapeutic journey. **BMJ** 1996; 313: 1599-601 disponível em <<https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC2359110&blobtype=pdf>> acesso em 10 de dezembro de 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Vamos Falar de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro, 2015 disponível em <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers—o-online.pdf>>, acesso em 10 de dezembro de 2019.

Elizabeth Kübler-Ross

Elizabeth Kübler-Ross foi uma psiquiatra nascida na Suíça em 1926 que se radicou nos Estados Unidos após o término da Segunda Guerra Mundial, lugar no qual desenvolveu seus estudos relativos ao processo de morte e morrer. É considerada a criadora da tanatologia (ver verbete Tanatologia), área do conhecimento que se dedica a estudar este fenômeno.

De acordo com Afonso e Minayo (2013) não é possível compreender o sentido e o alcance da sua obra, sem analisar o contexto no qual esta estudiosa passou parte da sua vida imersa, representado pelos horrores que a Europa vivenciou entre os anos de 1939 e 1945, momento em que Kübler-Ross era adolescente:

Ela viu de perto os campos de concentração, os crematórios, os vagões de milhares de sapatinhos de bebês e de cabelos de vítimas do holocausto que serviriam de enchimento para travesseiros na Alemanha. Depois disso, nunca mais foi a mesma. Mais que isso, percebeu a desumanidade do ser humano e o potencial de cada indivíduo para, segundo suas palavras, se tornar um monstro nazista ou uma Madre Teresa de Calcutá. Considerava que todos nós temos que tomar conhecimento desses aspectos internos, bons e maus (AFONSO e MINAYO, 2013, p. 2730).

Segundo a própria Kübler-Ross, outros fatores também fizeram com que ela construísse diferentes sentidos para a vida: na obra **A Roda da Vida**, a autora revela as dificuldades que teve pelo fato de ser trigêmea, o que lhe acarretou uma busca constante pela afirmação da sua identidade. Ademais, na Europa dos anos 1930 e filha de um pai severo que buscava determinar o seu destino, questionava-se sobre a razão que a impedia de alcançar seu objetivo, tornar-se médica (KÜBLER-ROSS, 1998).

Outro ponto importante a ser colocado em relação ao trabalho que posteriormente Elizabeth Kübler-Ross viria a desenvolver, diz respeito à maneira pela qual sua família lidava com as questões que envolviam o processo de morte e morrer, pois, segundo ela:

Meus pais não me protegiam da vida nem da morte quando as coisas aconteciam naturalmente, o que me permitiu absorver as diferentes circunstâncias, assim como as reações das pessoas com relação a ambas (KÜBLER-ROSS, 1998, p. 18).

É neste contexto de naturalidade, ainda nos primeiros anos da sua infância, que ela teve contato com as questões que envolvem o adoecimento e a morte. Aos 9 anos de idade Kübler-Ross foi internada em um hospital da cidade de Meilen, apresentando um quadro clínico grave. Durante esse período conviveu com uma criança pouco mais velha cujo estado de saúde era ainda mais precário que o seu. Tempos depois, uma colega de

escola, cujo pai era médico, faleceu por contrair meningite.

Desta maneira, foi possível que ela percebesse que “(...) a morte é algo que nem sempre se pode controlar. Porém, com direito a algumas escolhas, isso era até aceitável” (KÜBLER-ROSS, 1998, p. 33).

Entre as obras várias publicadas por ela está: *On death and dying*, editado no Brasil, com o título **Sobre a Morte e o Morrer**. Esta obra apresenta o trabalho realizado por ela no Hospital Billings, da Universidade de Chicago, nos Estados Unidos e a tornou conhecida mundialmente (LUZ; BASTOS, 2019).

Entre os anos de 1967 e 1969, a médica psiquiatra se dedicou a realizar um seminário no qual os doentes graves ou em estado terminal internados no hospital relatavam as sensações e os sentimentos que o processo de morte e morrer despertavam. Esses seminários eram assistidos por estudantes de Medicina, Enfermagem, Sociologia, Teologia, História, entre outras áreas do conhecimento, comprovando a tese de que a morte é um fenômeno que ultrapassa as fronteiras do saber médico e tem caráter social, cultural e filosófico. **Sobre a Morte e o Morrer** (2008) relata essa experiência.

A partir dos dados coletados na pesquisa, através da análise dos discursos dos doentes que quiseram fazer parte dos seminários, Kübler-Ross desenvolveu as categorias que são utilizadas atualmente como os princípios que compõem os cinco estágios do processo de morte e morrer, ou como afirma a autora, as atitudes que as pessoas

gravemente enfermas ou em estado terminal apresentam diante do fenômeno (KÜBLER-ROSS, 2008).

A primeira delas se caracteriza por um processo de **negação e isolamento**. O enfermo não quer acreditar que sua trajetória de vida será interrompida por uma doença grave e pensa na possibilidade de que o diagnóstico feito pelos médicos possa estar equivocado. Uma vez que percebe que esse fato não é real, costuma isolar-se dos amigos e familiares (KÜBLER-ROSS, 2008).

Em um segundo momento, desperta no doente um sentimento de **raiva**. Para a autora: “Quando não é mais possível manter firme o primeiro estágio de negação, ele é substituído por sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento. Surge, lógica, uma pergunta: ‘Por que eu?’” (KÜBLER-ROSS, 2008, p.55). Este é um dos momentos mais complexos, tanto para o doente quanto para familiares e equipe que assiste o enfermo, pois a raiva pode gerar agressividade.

O terceiro estágio é caracterizado pelo momento da **barganha**. Nessa fase, a pessoa enferma inicia uma espécie de assimilação em relação ao seu estado e busca realizar uma série de atos propiciatórios seja com as forças sobrenaturais, seja com outras pessoas ao seu redor, com o objetivo de que lhe seja concedido mais algum tempo de vida. Para Kübler-Ross:

A barganha, na realidade, é uma tentativa de adiamento, tem de incluir um prêmio oferecido ‘por bom comportamento’, estabelece também uma ‘meta’ auto-imposta (por exemplo, um *show* a mais, o casamento do filho) e inclui uma

promessa implícita de que o paciente não pedirá outro adiamento, caso o primeiro seja concedido (KÜBLER-ROSS, 2008, p. 89).

Posterior ao momento da barganha, tem-se a fase da **depressão**. Ela se inicia quando o sujeito doente percebe que não pode mais negar a sua enfermidade e muito menos escondê-la. A quantidade de internações ou de procedimentos médicos aos quais o enfermo é submetido (muitas vezes contra a sua vontade) agregada aos gastos cada vez mais constantes pode acarretar em um sentimento de perda, expresso neste momento.

De acordo com a análise de Kübler-Ross, existem dois tipos de depressão que caracterizam este estágio: “(...) classificaria o primeiro como uma depressão reativa e a segunda como uma depressão preparatória. A primeira é de natureza diferente e deve ser tratada diversamente da segunda” (KÜBLER-ROSS, 2008, p. 92).

A depressão reativa é motivada por algum tipo de perda. Por exemplo, uma mulher com câncer de mama que é obrigada a realizar uma mastectomia pode desenvolver um quadro depressivo motivado pela ideia de que tal procedimento irá negar-lhe em essência, um atributo de feminilidade. Neste caso, o apoio psicológico a mulher doente e aos seus familiares pode ajudar a lidar com a perda no sentido de fazer com que ela readquira a autoconfiança.

Já a depressão preparatória parte de um pressuposto diferente e necessita outra forma de abordagem:

O segundo tipo de depressão, ao invés de se dar com uma perda passada, leva em conta perdas iminentes. (...). Quando a depressão é um instrumento na preparação da perda iminente de todos os objetos amados, para facilitar o estado de aceitação, o encorajamento e a confiança não tem razão de ser (KÜBLER-ROSS, 2008, p. 93).

A depressão preparatória se caracteriza pelo silêncio e pela necessidade da humanização no sentido do tocar o outro, alcançando-o afetivamente. Neste sentido a proposta de Kübler-Ross se encontra com a ideia preconizada por Torralba i Roselló, segundo a qual o cuidado com pessoas em fase terminal inclui a necessidade da solicitude para com as suas necessidades (ROSELLÓ, 2009).

O quinto e último estágio percebido por Kübler-Ross, a partir da sua pesquisa, é a **aceitação**. Nesta fase torna-se essencial que, mesmo fora das possibilidades terapêuticas e vivenciando os cuidados paliativos (ver verbete Cuidados Paliativos), o doente compreenda que ele não foi e nem será abandonado. Para a autora o melhor entendimento sobre este estágio seria facilitado se:

(...) as pessoas conversassem sobre a morte e o morrer, como parte intrínseca da vida, do mesmo modo como não temem falar quando alguém espera um bebê. Se agissem assim com mais frequência, não precisaríamos nos perguntar se devemos tocar nestes problemas com o paciente, ou se deveríamos esperar pela última internação (KÜBLER, ROSS, 2008, p. 146).

Através de suas pesquisas Kübler-Ross trouxe a perspectiva de que é possível proporcionar conforto, esperança e o cuidar do corpo e da alma dos sujeitos doentes em fase terminal. Para tanto, associou a medicina e a espiritualidade em uma proposta de tratamento holística da qual faz parte a escuta humanizada e qualificada.

Referências para consulta:

AFONSO, S.B.C., MINAYO, M.C.S. Uma releitura da obra de Elisabeth Kubler-Ross. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(9):2729-2732, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a28.pdf>> acesso 19 de dezembro, 2019.

KÜBLER-ROSS, E. **A Roda da Vida: memórias do viver e do morrer**. 2 ed, São Paulo: Editora Sextante, 1998. Disponível em <<https://docero.com.br/doc/e05n>> acesso 19 de dezembro, 2019.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. 9 ed, São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LUZ, R.; BASTOS, D. F. **Experiências Contemporâneas sobre a Morte e o Morrer: o legado de Elisabeth Kübler-Ross para os nossos dias**. São Paulo: Summus, 2019.

ROSELLÓ, F. T. **Antropologia do Cuidar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

Luto

Cada ser humano é único dentro da sociedade em que vive. Sua singularidade é o que o define e o diferencia enquanto indivíduo. Entretanto, a cultura ocidental, em alguns de seus aspectos conjunturais assemelha-se em relação às questões sobre a morte (ver verbete Morte), a perda de entes queridos e ao luto, constituindo-se esses campos em tabus que dificilmente são discutidos.

Cabe salientar que, respeitando a lógica da individualidade e da singularidade, cada pessoa enfrenta os processos relacionados aos campos anteriormente mencionados de forma diferente e possui também graus diferentes de aceitação para lidar com os sentimentos que estes campos envolvem.

Souza e Pontes (2016) enfocam a partir de uma perspectiva freudiana, que o luto é um processo pelo qual o indivíduo passará ao perder um ente querido ou objeto de seu afeto. Esta perspectiva é corroborada por Silva (2014), quando define como luto, o sentimento que envolve a perda de um ente querido com o qual a pessoa possui uma maior interação afetiva. A autora ainda preconiza a

ideia de que, para compreender o luto é necessário compreender o processo de morte e morrer.

Silva (2014) ainda comenta que o luto é um objeto de estudo sobre o qual se debruçaram vários pesquisadores. Em geral, os trabalhos relacionados ao entendimento e compreensão deste fenômeno partem da análise dos sinais expressados pelo corpo e pela psique do sujeito que está passando pelo processo relacionado ao luto.

O psicólogo norte-americano James William Worden, em seu livro **Aconselhamento do Luto e Terapia do Luto**, aponta para algumas perspectivas que são importantes no sentido de elaborar o sentimento da perda, evitando o sofrimento da pessoa que vivencia o processo do luto a partir da realização de quatro elementos distintos.

O primeiro desses elementos aponta para a necessidade de **elaborar a dor da perda**, lidando com o direito que a pessoa enlutada tem de sofrer pela ausência do seu ente querido, ao mesmo tempo em que se trabalha a aceitação de que a morte dessa pessoa é um fato consumado e de que ela não está mais presente (WORDEN, 2013).

O segundo elemento consiste em **processar a dor do luto**, ou seja, não se esquivar de quaisquer contingências que rememorem a presença da pessoa morta, pois, embora em curto prazo este processo seja benéfico, a médio e longo prazo ele pode trazer consequências para a saúde mental do sujeito que vivencia a perda. Para Worden (2013) é importante que a pessoa enlutada aprenda a conviver com as memórias e, aos poucos, decida o que deve permanecer e do que deve se desfazer em

termos desses elementos que a fazem lembrar-se do seu ente querido.

Esta premissa auxilia no desenvolvimento do terceiro momento do processo de vivenciar o luto, qual seja ele, **ajustar-se ao mundo** sem a presença da pessoa morta, o que significa a adequação a um novo ambiente e a redefinição das ações cotidianas. Esse fato revela a necessidade da pessoa enlutada em aceitar e adequar-se a uma nova vida.

A partir da elaboração dos sentimentos que prenunciam esse terceiro momento, passa-se ao quarto ponto do processo de vivência do luto segundo Worden (2013) qual seja ele, encontrar um **espaço para a memória** da pessoa que morreu dentro de si, e dar seguimento a própria vida. Isso não significa deixar de amar ou colocar a pessoa morta em uma categoria de esquecimento. Nesse momento, a pessoa enlutada está pronta para continuar a sua vida, pois de acordo com Worden (2013) é possível perceber aí uma ressignificação da dor que envolve a perda e o entendimento de que a vida continua (mesmo sem a presença do ser amado).

De acordo com Silva (2014), entre as reações que podem acometer o indivíduo durante o processo do luto estão: depressão, crises de ansiedade, momento de hostilidade em relação às pessoas ao seu redor, perda de interesse pela aparência, raiva (esse sentimento pode ser expresso contra si mesmo, contra as pessoas que o cercam e mesmo contra pessoa morta) e culpa. Também pode ocorrer uma falta de interação social como decorrência de todo esse contexto.

Solano (2014) enfatiza que o luto se tornou um problema de saúde pública, devido as repercussões negativas relacionadas à saúde da pessoa enlutada. O autor estabelece que o luto não é patológico, porém caracteriza-se por expressões afetivas negativas, as quais precisam ser trabalhadas psicologicamente, assimiladas e compreendidas.

É preciso salientar que, em parte, a pouca compreensão em relação aos sentimentos que envolvem o processo relacionado a perda, e a maneira como a cultura ocidental lida com o luto contribuem para que aconteça essa repercussão negativa (ELIAS, 2001).

Sobre a classificação do luto enquanto uma doença, Silva e Nordi informam que:

O luto é uma experiência universal e está associado a maior morbidade e mortalidade. Embora esteja incluído na classificação da 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), ainda se encontra catalogado no eixo V, relativo à avaliação global de funcionamento (categoria V62.82). Já na 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), consta na categoria Z (SILVA, NORDI, 2010, p. 114).

Oliveira (2014) divide o luto em duas categorias: o luto normal e o luto complicado. No luto normal o enlutado compartilhará de sentimentos de tristeza, dor, insegurança entre outros. É através da resignificação destes sentimentos que o indivíduo aceitará a perda e reorganizará suas ideias de vida. Solano considera a

vivência dos elementos apontados por Oliveira como de extrema importância, pois:

A existência desses afetos não significa doença; pelo contrário, define o luto e, segundo muitos, tais afetos precisam emergir e serem processados conscientemente para que o processo de luto continue a transcorrer normalmente e seja resolvido (SOLANO, 2014, p. 95).

No que se refere ao luto complicado este pode ser compreendido pela desorganização desses sentimentos, que ao se exacerbarem, tornam-se prejudiciais ao indivíduo podendo ocasionar ideias suicidas e sintomas psicóticos (OLIVEIRA, 2014; SILVA, 2014).

Solano (2014) aponta que os indivíduos que sofrem com o luto complicado são capazes de apresentar uma intensificação desses sintomas a qual não possui um período de duração definido, podendo estender-se por anos, acarretando sofrimento. Entre as complicações apontadas pelo autor estão o luto crônico e luto inibido. Quando do primeiro, o enlutado não aceita perda e, diante disso, não consegue mais viver sem a pessoa morta, demonstrando alto grau de dependência em relação a ela. Em relação ao segundo, o indivíduo não vivencia a dor e assim não avança no processo de assimilação do luto.

Oliveira (2014) entende a existência de outros tipos de luto complicado, entre eles: **luto parenteral** quando a morte envolve o filho, e os pais se culpam pela perda; o **luto não autorizado** que não é aceitável socialmente devido à determinadas crenças religiosas; e o **luto**

antecipatório no qual o moribundo e a família sofrem ao saber do diagnóstico de uma doença incurável.

Bilfuco contribui para a construção da compreensão do processo do luto ao afirmar que:

O luto não é linear, não tem data para terminar, pode durar meses ou anos, ou nos piores casos, nunca findar, criando uma dependência direta com características individuais da personalidade do falecido e ainda do nível e intensidade de relações que se mantinha em vida com ele (BILFUCO, 2014, p. 226).

Solano (2014) entende que alguns elementos relacionados à vida pregressa da pessoa enlutada podem desencadear o chamado luto complicado entre eles: grau de apego e seus reflexos na construção social do indivíduo; experiências prévias que a pessoa enlutada passou, relacionadas à morbidade; tipo e contexto da morte; a subjetividade da pessoa enlutada; e o grau de aproximação entre o enlutado e a pessoa morta.

Santos (2014) enfoca que diversos estudos demonstram a alta taxa de mortalidade das pessoas enlutadas e aponta existir determinados grupos mais suscetíveis à morte depois da perda de um ente querido. Por exemplo, os viúvos são mais suscetíveis ao processo que as viúvas; assim como as mães que perderam um filho, em relação aos pais, o autor também aponta que os jovens apresentam maior risco neste contexto quando comparados aos idosos.

Santos (2014) ainda informa que a mortalidade das pessoas enlutadas está relacionada

às modificações emocionais e físicas sofridas no cotidiano desses indivíduos após a vivência do processo de morte e morrer. O autor associa as incidências de mortalidade com o quadro da síndrome do coração partido e constata que há maior risco de morte da pessoa enlutada das primeiras semanas até os seis primeiros meses, após a perda.

Vivenciar o luto é algo necessário para ressignificar o sentido da vida, tanto da pessoa morta quanto da pessoa enlutada. Trabalhar esses sentimentos de tristeza, raiva, decepção e culpa permite que o sujeito que passa pelo luto, consiga adquirir mais resiliência e, portanto, maior capacidade para lidar com as perdas.

Referências para consulta

BILFUCO, V.A. O Luto do Portador de Doenças Incuráveis: O modelo da psico-oncologia. SANTOS, F. S.; SCHLIEMANN, A. L.; SOLANO, J. P. C.. **Tratado Brasileiro sobre Perdas e Luto**. São Paulo: Atheneu, 2014, p.223-229.

ELIAS, N. **A Solidão dos Moribundos**, seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

OLIVEIRA, D.F. Terapia do Luto: contribuições e reflexões sob a perspectiva da Análise do Comportamento. São Paulo. Janeiro 2014, disponível em https://www.academia.edu/7455245/Terapia_do_Luto_contribui%C3%A7%C3%B5es_e_reflex%C3%B5es_sob_a_perspectiva_da_An

[%C3%A1lise do Comportamento>](#), acesso 10 de janeiro de 2020

SANTOS, F. S.; SCHLIEMANN, A. L.; SOLANO, J. P. C. **Tratado Brasileiro sobre Perdas e Luto**. São Paulo: Atheneu, 2014.

SILVA, A. C. O.; NARDI A. E. Luto pela Morte de um Filho: utilização de um protocolo de terapia cognitivo-comportamental. **RevPsiquiatr Rio Gd Sul**. 201 ; 32(3), p.113-116.

SILVA, A. C. O. Conceituando o Luto. SANTOS, F. S.; SCHLIEMANN, A. L.; SOLANO, J. P. C. **Tratado Brasileiro sobre Perdas e Luto**. São Paulo: Atheneu, 2014, p.71-78.

SOLANO, J. P. C. Modelos de Luto “Normal”. SANTOS, F. S.; SCHLIEMANN, A. L.; SOLANO, J. P. C. **Tratado Brasileiro sobre Perdas e Luto**. São Paulo: Atheneu, 2014, p.109-112.

SOLANO, J. P. C. Luto Complicado (ou traumático, ou patológico). SANTOS, F. S.; SCHLIEMANN, A. L.; SOLANO, J. P. C. **Tratado Brasileiro sobre Perdas e Luto**. São Paulo: Atheneu, 2014, p.113-116.

SOLANO, J. P. C. Luto e saúde mental. SANTOS, F. S.; SCHLIEMANN, A. L.; SOLANO, J. P. C. **Tratado Brasileiro sobre Perdas e Luto**. São Paulo: Atheneu, 2014, p. 95-97.

SOUZA, A. M. S.; PONTES, S. A. As Diversas Faces da Perda: o luto para a psicanálise. **Analytica**. São João del-Rei . v. 5 | n. 9 p. 69-85, julho/dezembro de 2016 .

WORDEN, J. W. **Aconselhamento do Luto e Terapia do Luto**: um manual para profissionais da saúde mental. 4 ed, São Paulo: Roca, 2013.

Maria Júlia Kovács

Maria Júlia Kovács é uma pesquisadora brasileira que se dedica a trabalhar com os seguintes temas: morte, luto, bioética, formação dos profissionais da saúde e da educação. É coordenadora do Laboratório de Estudos sobre a Morte do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (LEM/USP).

Graduou-se em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) em 1975. Em 1979, iniciou o mestrado em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano. Nesta pesquisa, Kovács dedicou-se a compreender o que influenciava o medo que os estudantes universitários dos cursos da área de saúde, ciências humanas e exatas, sentiam da morte.

Em 1986, iniciou seus estudos de doutorado dando continuidade ao tema inicialmente desenvolvido no mestrado, mas agora diante de uma nova perspectiva: sua tese aborda o quanto discutir as questões inerentes à morte é importante

para a formação dos profissionais da área de Psicologia.

Sua livre-docência, concluída em 2002 traz desde o título uma provocação para os intelectuais que se debruçam sobre os estudos alicerçados na tanatologia (ver verbete Tanatologia): como pensar uma educação para a morte, elemento que a pesquisadora considera primordial e que, a seu ver, constitui o grande desafio para os educadores e profissionais da saúde no século XXI.

Em 2002, Kovács organizou a obra **Morte e Desenvolvimento Humano**, a qual foi publicada pela editora Casa do Psicólogo e contou com várias edições e reimpressões. Na apresentação do livro a pesquisadora descreve o motivo pelo qual relaciona a morte ao processo de desenvolvimento do ser humano ao revelar que, através de seus trabalhos traz a tona:

(...) vivências, reflexões, pensamentos e sentimentos, inspirada em autores que me impressionaram, sobre "aquela morte" que não podemos experienciar nem refletir a respeito, e que acontece no fim da vida, mas também sobre aquela que está presente em toda nossa existência, e que tem uma significação marcante para a nossa trajetória de vida. É a morte no processo do desenvolvimento humano (KOVÁCS, 2010, p. XXII).

Em seus trabalhos, Kovács parte da premissa de que a morte é algo que garante ao sujeito a consciência da sua humanidade (KOVÁCS, 2003 e 2005). Neste sentido, ela aponta

para a importância da Psicologia neste contexto, pois:

A Psicologia como ciência, arte, reflexão e prática cuida da questão do homem, da sua relação com os outros e com o mundo, com a vida e também com a morte. Portanto, acredito ser a questão da morte um tema de suma importância para reflexão, sensibilização e questionamentos para o psicólogo (KOVÁCS, 2010, p. XII).

A partir da visão que possui da Psicologia e sua dimensão em relação ao cuidado dos sujeitos, a pesquisadora percebeu a necessidade de criar uma disciplina optativa intitulada Psicologia da Morte, ofertada pelo Instituto de Psicologia da USP. Entre os temas abordados na disciplina estão: a morte no processo do desenvolvimento humano, o medo da morte, perdas e processo de luto, comportamentos autodestrutivos e suicídio e paciente terminal (KOVÁCS, 2010).

Nos últimos anos, Kovács publicou uma gama considerável de artigos, livros e capítulos nos quais é possível observar a constituição de uma epistemologia em relação à tanatologia, no sentido de encontrar uma sistematização que represente o que a área vem oferecendo aos interessados no tema (KOVÁCS, 2008).

Pelo volume e importância da sua obra, Maria Júlia Kovács pode ser considerada uma das referências na pesquisa sobre a tanatologia no Brasil. Entre os livros mais importantes publicados por ela estão o já citado **Morte e Desenvolvimento Humano e Psicologia e Bioética: Inter-relações**.

Nesta obra, Kovács revela que a Bioética constitui uma ponte em torno da qual são

construídas relações entre a área das ciências humanas e a saúde. Na interface dessa relação está a preocupação com o ser humano e a compreensão que ele atinge em relação a si mesmo. Essa compreensão, para a autora, tangencia as questões que envolvem os processos existenciais de vida e morte (KOVÁCS, ESPERANDIO, 2017).

Observa-se que Maria Júlia Kovács entende que a sociedade ocidental trata a morte ainda como um tema interdito. Em sua opinião, existem poucos espaços nos quais as questões relativas à tanatologia podem ser discutidas (KOVÁCS, 2005).

Sua pesquisa revela a necessidade de refletir sobre o processo de morte e morrer, fazendo com que as pessoas alcancem maior percepção em relação ao tema, o que possibilitaria melhor capacidade em lidar com as perdas ocasionadas por ele.

Referências para consulta

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte: temas e reflexões**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KOVÁCS, Maria Julia. Educação para a morte. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 25, n. 3, 2005, p. 484-497.

KOVÁCS, M. J. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 41, Dec. 2008, p. 457-468.

KOVÁCS, M. J. (coord). **Morte e Desenvolvimento Humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

KOVÁCS, M. J.; ESPERANDIO, M. R. **Bioética e Psicologia: Inter-relações**. São Paulo: CRV, 2017.

Morte

A morte é um fenômeno natural que acomete todos os seres vivos, e remete ao fim da vida, ou seja, a cessação dos sinais vitais do organismo. Para Dastur:

(...) a morte é um modo paradoxal de se apresentar que não está na origem de nenhuma fenomenalização particular, mas que confere ao conjunto dos fenômenos seu 'conteúdo' ímpar de finitude, deixando-os se destacarem do fundo de sua luz negra (DASTUR, p 2002, p. 61).

Klüber-Ross (2008), enfatiza que ao estudar os povos e culturas antigas e compará-los com a tradição ocidental, a impressão que se tem é de um distanciamento do ser humano em relação à morte: isso se deve a dificuldade que os sujeitos possuem em aceitar sua finitude e ao fato de atribuírem a morte a condição de algo maligno e inconcebível.

Entretanto, Ariès (1990) descreve que na idade média, a morte era vista como algo simples, natural e comum para a sociedade. A morte era vivenciada e aceita, a familiarização com o fenômeno era percebida nos rituais cerimoniais que precediam o processo de morte e morrer.

Na sociedade ocidental contemporânea, apesar do processo de morte e morrer assumir um caráter rotineiro, ao ser estampado constantemente na mídia, observa-se que há um distanciamento da vida e da morte o qual condiciona o indivíduo a morrer sozinho, no anonimato, sem a presença de

um ente que o apoie. Logo, as incertezas do processo da morte e do morrer fazem emergir nos sujeitos sentimentos de medo, raiva, barganha e negação que os envolvem durante o conhecimento de sua finitude (JUNIOR et al, 2012).

Paiva (2009) evidencia que, apesar de a morte ser um fenômeno que faz parte da existência de qualquer ser vivo, os indivíduos insistem em distanciar-se dela e ocultá-la, como se tal processo fosse premissa para que a morte não os atinja. Esse tipo de postura dificulta, por exemplo, a abordagem do tema com determinados tipos de público, como as crianças. Moraes e Silva corroboram com Paiva ao afirmar que:

(...) A morte é a dignidade da vida que a procedeu. Porém, mesmo estando presente em todos os momentos de nossas vivências, os indivíduos encaram a morte como um acontecimento destrutivo. No entanto, se faz necessário uma reflexão sobre esta realidade e dualidade (dignidade e fracasso), posto que devemos ter em mente que tanto o viver quanto o morrer é um desafio humano, e não adianta “fazer de conta” que a morte não existe (MORAES, SILVA, 2009, p. 349).

Santos (2009) afirma que a morte tem o poder de romper com todas as barreiras impostas pela sociedade. Para o autor, a morte tem a força de dilacerar o indivíduo por completo, pois ela é capaz de romper com as defesas construídas em qualquer área, seja ela psicológica, emocional, cognitiva ou religiosa.

Fisiologicamente existem alguns pontos que determinam a morte, sendo o primeiro deles a

perda irreversível do fluxo sanguíneo e dos fluidos vitais, momento este em que o corpo apresenta sinais que evidenciam a morte, como ausência da respiração, diminuição da temperatura corporal, alteração da coloração da pele e rigidez muscular. Apresenta-se também a ausência da capacidade da integração corporal, que corresponderia à incapacidade de organismo de exercer e manter a vitalidade corporal. Some-se a isso a falta de consciência no que se refere à perda da interação com o mundo, isso evidenciado com a morte no neocortex (SANTOS, 2009).

Santos (2009) aponta que os avanços tecnológicos e as transformações ocorridas na área das ciências médicas têm disponibilizado novas intervenções e possibilidades terapêuticas, modificando os parâmetros sobre a morte, e disponibilizando novos critérios de definição do fenômeno, como é o caso da morte encefálica; momento no qual existe a morte cerebral, porém, em contrapartida, há a preservação da funcionalidade do coração (SANTOS, 2009).

Diante disso, tem se utilizado de todos os meios possíveis para poder assistir ao doente em fase terminal ou ao sujeito que necessita de cuidados paliativos (ver verbete Cuidados Paliativos), concedendo-lhe o melhor cuidado terapêutico e, conseqüentemente, longevidade da vida (TEIXEIRA, 2009).

Desta maneira, embasados na Constituição Federal de 1988, que garante o direito à vida e a dignidade humana, alguns autores defendem através deste contexto constitucional, o direito de morrer com dignidade, visto que a vida e a morte

são duas linhas que caminham juntas e constituem o ciclo de vida de qualquer ser (RODRIGUES e SILVA, 2019).

Essa premissa traz em si reflexões que envolvem o campo da bioética no que se refere ao processo de morte e morrer quanto se trata da terminalidade da vida do ser humano, as quais envolvem os conceitos de **distanásia**, **eutanásia** e **ortanásia**. O primeiro conceito se refere a atos cuja finalidade é promover tratamentos que somente caracterizam-se por ampliar a longevidade da vida e postergação da morte, acometendo dor e sofrimento ao indivíduo, sendo considerada uma instância que caracteriza má conduta médica (COSTA, CALDATO e FURNALETO, 2020).

A palavra eutanásia tem origem grega, significando boa morte (*eu* - boa e *thanatos* - morte) tendo sido criada por Francis Bacon. A proposta inicial do contexto em que surgiu (século XVII) trazia consigo a ideia de cessar o sofrimento do indivíduo em sua terminalidade, entretanto, a partir do século XX, associou-se o termo a antecipação da morte pelo profissional de saúde (SILVA et al, 2016).

O Conselho Federal de Medicina elucida que é proibido ao profissional médico abreviar a vida do enfermo sob seus cuidados mesmo que a pedido deste ou de seu representante legal. Porém, ao se deparar com doenças fora da possibilidade de cura, bem como doenças terminais, o profissional deve oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, sem executar ações fúteis e desnecessárias que ocasionem a distanásia (CFM, 2019).

Dessa maneira, a Resolução nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina, aponta para a necessidade de atender aos desejos e vontades expressos antecipadamente pelo doente, no sentido de que este expresse previamente quais as condutas e tratamentos quer ou não receber (CFM, 2012). Corroborando com essa Resolução, a Carta dos Direitos dos Usuários a Saúde (2007), garante o direito de recusa de forma livre ao procedimento e diagnósticos terapêuticos, bem como ao local que se deseja morrer.

O respeito a essa legislação garantiria a prática da ortanásia, ou seja, da morte digna, assegurando ao enfermo uma morte humanizada, livre de danos e sofrimento, e sem medidas de prolongamento desnecessário da vida (TEXEIRA, 2009).

A morte é uma trajetória inexorável a qual todos os indivíduos vivenciarão. Portanto, é fundamental que se reflita sobre ela e sobre as questões éticas e bioéticas que lhe são inerentes, com intuito de preservar e garantir os direitos do indivíduo desde o seu nascimento até a sua morte. Daí a necessidade de repensar os valores e a visão que a sociedade ocidental contemporânea tem sobre vida e morte, e romper com as propostas educacionais dos currículos da área da saúde que veem a morte enquanto inimiga a ser combatida a qualquer custo, mesmo que seja preciso ofertar a distanásia e a eutanásia para amenizar o fracasso da impossibilidade de cura (SANTOS, 2009).

Referências para consulta:

ARIÈS, P. **O Homem Diante da Morte**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

BRASIL. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde** / Ministério da Saúde. 2. ed, Ministério da Saúde: Brasília, 2007, 9 p.

C.F.M. RESOLUÇÃO CFM nº 1.995/2012. **Dispõe sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade dos Pacientes**. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf, acesso 06/02/2019.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA: **Resolução CFM nº 2.217**, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

COSTA, T. N. M; CALDATO M.C.F, e I. P, FURNALETO. Percepção de Formandos de Medicina sobre a Terminalidade da Vida. *Rev. Bioét.* vol.27, n.4, Brasília Oct./Dec. 2019.

DASTUR, Françoise. **A Morte** - ensaios sobre a finitude. Rio de Janeiro: Difel, 2002.

JUNIOR, F.J.G.S et al .Processo de Morte e Morrer: evidências da literatura científica de Enfermagem. **RevBrasEnferm**, Brasília 2011 nov-dez; 64(6), p. 1122-6.

KÜBLER-ROSS. E. **Sobre a Morte e o Morrer**. 9 ed, São Paulo: Martins Fontes, 2008.

MORAES, E. L; SILVA, L. B. B. Captação de Órgão e Morte. **Cuidados Paliativos**. São Paulo: Atheneu, 2009, p. 349- 359.

PAIVA, L. E. A Morte nas Diferentes Fases do Desenvolvimento Humano. SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos**: discutindo a vida, a morte o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009, p. 125-144.

RODRIGUES, R. A. C; SILVA, E. Q. Diálise e Direito de Morrer.**Rev. Bioét.** vol.27 no.3 Brasília July/Sept. 2019.

SANTOS, F. S. Conceituando Morte. SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos**: discutindo a vida, a morte o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009, p. 301-318.

SANTOS, F. S. Tanatologia – a ciência da educação para a vida. SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos**: discutindo a vida, a morte o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009, p. 01-29.

SILVA, R, S et al. Percepção de Enfermeiras Intensivistas de Hospital Regional sobre Distanásia, Eutanásia e Ortotanásia.**Rev. Bioét.** vol.24, n. 3, Brasília Set./Dec. 2016.

TEXEIRA, A. T. Aspectos Jurídicos da morte e do morrer. SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos**: discutindo a vida, a morte o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009, p. 361-372.

Movimento Hospice

A palavra *hospice* tem sua raiz etimológica no latim (*hospitium*) e significa “hospedagem, hospitalidade” abarcando a ideia de acolhimento, cuidado e fazer com que a pessoa que busca esse acolhimento seja abraçada (SILVA et al, 2015). O movimento *hospice* é considerado um dos princípios básicos dos cuidados paliativos (ver verbete Cuidados Paliativos).

O movimento *hospice* baseado na filosofia dos cuidados paliativos tem início no século XX, através do trabalho realizado por Dame Cicely Saunders (ver verbete Dame Cicely Saunders). Cabe salientar que ações no sentido de assistir a pessoas cuja vida estava em fase terminal já possuem registro desde a Antiguidade, sendo realizadas por pessoas sem formação na área da saúde e pela compaixão de algumas instituições religiosas, seguindo um modelo que se pautava em acolher e hospedar os doentes que necessitavam de maior atenção (PAIVA; DAMÁSIO; JÚNIOR, 2014).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia já no século IV d. C., houve a fundação de “(...) um abrigo para pobres, doentes e peregrinos, seguindo os preceitos cristãos” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015, p. 24).

É preciso entender que o conceito de *hospice* não necessariamente abrange a ideia de um local físico, no qual os doentes em fase terminal ficam internados recebendo os cuidados paliativos. *Hospice* é uma ideia que se une com o cuidado

prestado ao enfermo e a sua família em todo o contexto que se relaciona às questões envolvendo o processo de morte e morrer. Sobre o assunto, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia afirma que:

Hospice não significa, necessariamente um lugar físico. Pacientes indicados para um atendimento estilo *hospice* são aqueles com doença em fase avançada e estimativa de vida de 6 meses ou menos. O conceito de *hospice* refere-se a cuidados prestados ao final da vida, incluindo a assistência durante o processo de morrer, e se estende ao acolhimento de familiares em luto (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015, p. 22).

O movimento *hospice* surge com intuito de romper com o cuidado biomédico, centrado na doença ao invés de centrar-se no doente, reduzindo e/ou erradicando intervenções desnecessárias que somente ocasionam transtorno e sofrimento aos sujeitos em fase terminal, destinando-se assim, ao alívio da dor (FLORIANI, 2013).

Conforme Floriani (2009), o alívio da dor é parte fundamental dos cuidados desenvolvidos pelo movimento *hospice*, sendo este o grande sintoma a ser controlado na percepção daqueles que executam o cuidado, com intuito de assegurar ao doente terminal uma boa morte (ver verbete Morte), alcançando assim, a primazia do princípio dos cuidados *hospice* e dos cuidados paliativos. O autor ainda afirma que:

A boa morte tem sido um conceito tão importante e central para o moderno movimento *hospice* que,

na atualidade, os cuidados paliativos e o cuidado *hospice* podem ser entendidos como sinônimos de "boa morte", o que cria uma expectativa sobre o modo peculiar de como se morre, quando se fala em cuidados paliativos ou cuidado *hospice*. Falar em cuidados paliativos ou cuidado *hospice* implica na busca desse ideário e representa verdadeiro leitmotiv para os profissionais envolvidos com sua prática diária: o jeito *hospice* de cuidar, o jeito *hospice* de morrer (FLORIANI, 2013, p. 398).

Floriani (2009), afirma que o movimento *hospice* está inserido no modelo holístico que busca compreender o fenômeno que envolve o processo de morte e morrer por completo, respeitando a pessoa enferma em todo seu aspecto biopsicossocial. Assim, a proposta holística está ajustada ao conceito de cuidados totais o qual emerge a partir da definição de dor total (ver verbete DameCicely Saunders).

A função do *hospice* durante o processo de vivência de uma doença em estágio avançado e sem prognóstico de cura procura oferecer às pessoas que enfrentam essa situação alguns elementos primordiais, entre eles: melhor qualidade de vida proporcionada ao doente em fase terminal, oportunizando-lhe uma assistência humanizada que se reflita em um processo de morte o mais tranquilo possível; facilitação nas questões legais que envolvem o processo de morte e morrer, possibilitando que a família enfrente essa situação a qual envolve a resolução das pendências relativas ao ente querido falecido; e auxílio para que a família consiga vivenciar seu luto, aprendendo a

lidar com a perda e a se reorganizar estruturalmente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2015).

Vale lembrar que até os dias atuais, o movimento *hospice* ainda traz forte marca da influência de Dame Cicely Saunders, desde a sua ação efetiva na causa dos cuidados paliativos até o momento em que ela criou o Saint Christopher's Hospice. Este local constitui-se em um dos marcos iniciais do movimento *hospicemoderno* (FLORIANI, 2009).

Contemporaneamente o movimento *hospice* alcança em sua atuação 115 países nos quais suas ações possuem diferentes níveis de desenvolvimento. Entretanto, apesar do progresso e avanço nesta área ainda existem profissionais despreparados para lidar com doenças incuráveis e com o diagnóstico relativo a enfermos fora do alcance das possibilidades terapêuticas (TOLEDO; PRIOLLI, 2012).

Floriani (2013) descreve que o movimento *hospice* engloba um amplo programa de assistência aos enfermos com doenças terminais e em fase terminal; o qual possui duas modalidades de cuidados: cuidados paliativos e os cuidados *hospice*. A primeira modalidade é desenvolvida em instituições hospitalares por meio de interconsultas ou em unidades próprias que contam com profissionais preparados para prestar esse tipo de assistência. A segunda modalidade é ofertada em locais específicos denominados *hospice*, distintos das unidades hospitalares, e estruturados para atender aos moribundos. Ambas as modalidades

possuem extensão para o atendimento em domicílio.

Diante disso, o movimento *hospice* modifica o cenário geográfico no qual os doentes terminais ou com doenças incuráveis eram acostumados a ser tratados, deslocando o cuidado prestado a este enfermo do âmbito hospitalar para o âmbito domiciliar (FLORIANI, 2009).

No Brasil, o movimento *hospice* ainda é algo novo, e os programas relacionados a ele ainda se encontram em fase de estruturação. Nota-se a importância e a necessidade em se trabalhar meios (incluindo aí os educativos) que busquem disseminar a proposta do movimento *hospice*, visto que, o mesmo tem como objetivo assegurar ao doente terminal uma assistência humanizada através da escuta; da empatia; do conhecimento do seu diagnóstico e de uma morte digna, livre de sofrimento e dor (FLORIANI, 2013; SILVA et al, 2015).

Referências para consulta:

FLORIANI, C. O Moderno Movimento *Hospice*: kalotanásia e o revivalismo estético da boa morte. **Rev. Bioét.** Vol 21, n. 3, Brasília, Sep./ Dez., p. 397-404.

FLORIANI, C. A. **Moderno movimento hospice**: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte. Tese de doutorado, Escola Nacional de saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro: s.n., 2009, 192 f. Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2571>>, acesso 09 de janeiro de 2020.

PAIVA, F.C.L, JUNIOR, J. J. A., DAMÁSIO, A. C. Ética em Cuidados Paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Rev. Bioét.** vol.22, n.3, Brasília Set./Dez. 2014, p. 550-560.

SILVA M. M., BÜSCHER, A., MOREIRA, M. C., DUARTE, S. C. M. Visitando *Hospices* na Alemanha e no Reino Unido na Perspectiva dos Cuidados Paliativos. **Esc. Anna Nery**, vol.19, n.2, Rio de Janeiro, Apr./June, 2015, p. 369-375.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Vamos Falar de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro, 2015 disponível em <<https://sbgg.org.br/vamos-falar-de-cuidados-paliativos/>>, acesso 09 de janeiro de 2020.

TOLEDO, A. P. PRIOLLI, D. G. Cuidados no Fim da Vida: o ensino médico no Brasil. **Rev. Bras. Educ. Med.** vol. 36, n.1, Rio de Janeiro, Jan./Mar. 2012, p. 109-117.

Suicídio

O suicídio é um fenômeno complexo que, como aponta Durkheim, pode ser influenciado por alguma carga emocional, a qual faz com que o indivíduo perca seus estímulos em prol da vida, sendo que esse processo pode se dar de uma única vez ou ser ocasionado por uma série de elementos que perduram ao longo do tempo, até culminar no ato de suicídio (DURKHEIM, 2004).

Cervante e Contreras (2019) enfocam que o suicídio é um problema de saúde pública em todo o mundo, trazendo impactos para a economia e para a estrutura social. Segundo os autores, os maiores índices de suicídio estão concentrados em países subdesenvolvidos devido a fatores como: escassez de recursos e serviços para prevenção, detecção precoce dos suicidas em potencial e a insuficiência de tratamento e suporte psicológico para as pessoas que necessitam desse tipo de cuidado.

Contribuindo com o supracitado, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) informa que 79 % dos casos de suicídios cometidos em 2016, constituíram-se em atos ocorridos em países de baixa e média renda (OPAS, 2018). Ainda segundo a OPAS, no ano de 2016 o suicídio tornou-se a segunda principal causa de morte entre jovens na faixa etária de 15 a 29 anos, atingindo cerca de 800 mil pessoas.

No Brasil, os seis estados com maiores índices de suicídios são: Amazonas, Mato Grosso

do Sul, Paraná, Piauí, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Salienta o governo do estado de Mato Grosso do Sul, que para cada 100 habitantes nove cometem suicídio, tornando o Mato Grosso do Sul o terceiro estado da federação com maior taxa de acometimento no país. Devido a isto, criaram-se no estado, comitês para prevenção e promoção de saúde mental (SES- MS, 2019).

Durkheim salienta que o suicídio pode ser entendido como:

(...) toda morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado” (DURKHEIM, 2000, p. 14).

Historicamente, desde a antiga Grécia já se encontram relatos sobre o assunto, apontando para a questão de que neste período, o suicídio era visto como um crime contra a sociedade, e quem o cometia estava suscetível a punições que iam desde a mutilação do cadáver até a desonra da família (RIVERA, 2015).

De acordo com Rivera (2015), foi somente após a Revolução Francesa que o suicídio deixou de ser criminalizado, e como prova disso apresenta que os Códigos Napoleônicos não trazem em seu texto, nenhuma medida punitiva relacionada ao suicida. O autor ainda comenta que uma nova estigmatização em relação ao suicídio ocorreu, quando afirma:

El siglo XVII y XVIII marcaron nuevamente una estigmatización del suicidio, se recuperaron los

conceptos de non compos mentis y felo de sé, el último es una mente sana, el primero no. Ante esta nueva estigmatización, la aristocracia que llegó a considerar el suicidio vergonzoso y propio de las clases más pobres recurrió, como una forma no directa de matarse, al duelo (RIVERA, 2015, p. 94).

A citação acima transcrita infere que para a aristocracia o duelo era uma forma de morte honrosa e heroica, enquanto que o suicídio era algo típico das classes mais baixas da população as quais não possuíam o mesmo caráter de moralidade do qual as elites estavam imbuídas. Desta forma, percebe-se no discurso uma associação da ideia de suicídio com algum tipo de desvio de conduta ou de moral.

Para a Organização Mundial da Saúde, o suicídio é resultado de inúmeras variáveis entre elas: questões biológicas, genéticas, psicológicas, sociológicas, culturais e ambientais. Portanto, representa um desafio para a prevenção que consiste em identificar as pessoas que estão suscetíveis ou vulneráveis para desenvolver o ato suicida (OMS, 2014).

A lógica apontada pela OMS já consta nas reflexões de Durkheim quando ele menciona que:

(...) o suicídio não é, para nós mais do que um fenômeno consequente de um grande número de causas diversas, [sendo] que ele se apresenta com características muito diferentes (...) (DURKHEIM, 2004, p. 33).

Em uma tentativa de explicar o fenômeno do suicídio, Durkheim propôs uma classificação a partir da maneira como os pensadores do seu tempo compreendiam o processo. Assim, distinguiu o suicídio em quatro tipos: 1) **Maníaco**: na opinião do autor o sujeito apresenta um transtorno de delírio ou alucinação que o remete a cometer o ato suicida; 2) **Melancólico**: neste caso o suicídio está relacionado a um estado de tristeza profunda (depressão); 3) **Obsessivo**: o indivíduo não possui nenhum motivo para praticar o ato suicida, apenas a ideia fixa da morte; 4) **Impulsivo ou Automotivo**: o ato suicida é praticado a partir de um impulso imediato que leva a pessoa a retirar sua vida (DURKHEIN, 2004).

A OPAS (2018) realça alguns fatores de risco que podem levar as pessoas ao suicídio. Entre eles estão: relações entre os distúrbios suicidas e mentais; abuso de álcool e depressão, a dificuldade de lidar com os problemas sejam eles de cunho social, econômico, familiar, entre outros.

Pesquisas realizadas em países emergentes e desenvolvidos demonstraram que indivíduos que se suicidaram apresentavam algum transtorno mental. Assim comprova-se que o ato suicida pode ser mais frequente em pessoas que possuem algum distúrbio psiquiátrico como: depressão, transtorno de personalidade, alcoolismo (e/ou abuso de substância durante a adolescência), esquizofrenia, transtorno mental orgânico (OMS, 2000).

Outro ponto abordado pela OPAS (2018) é que o comportamento suicida está bastante associado à violência, conflitos e desastres, pois é possível evidenciar altas taxas de mortalidade em

populações vulneráveis que sofrem discriminação como a população indígena, LGBTTTQ+, imigrantes, entre outros grupos.

É muito importante que as pessoas sejam informadas sobre os fatores de risco que podem levar ao suicídio, e a partir daí possam ser trabalhadas medidas de detecção, prevenção e intervenção a fim de se evitar o acometimento do ato. Sobre o assunto a OMS informa que:

Embora não haja um “estilo geral” para comunicar intenções suicidas, os sinais de alerta do comportamento suicida incluem: falta de interesse pelo próprio bem-estar; mudanças em padrões de comportamento social, declínio da produtividade no trabalho ou do sucesso escolar; alterações nos padrões de sono e de alimentação; tentativas de pôr os assuntos pessoais em ordem ou de fazer as pazes com outros; interesse fora do comum em como os outros se sentem; preocupação com temas de morte e violência; súbita melhoria no humor depois de um período de depressão; e promiscuidade súbita ou aumentada (OMS, 2006, p. 06).

Diante disso, uma das maneiras de combater o suicídio é a mobilização do governo para formulações de estratégias que visem a minimização dos meios para se cometer tal ato. Entre elas pode ser citada a criação de núcleos que apoiem o suicida na crise e pós-crise; promoção de capacitações e treinamentos para profissionais que lidam diretamente com pessoas em seu cotidiano, como profissionais da saúde, educadores, policiais

entre outras categorias, a fim de identificar comportamentos suicidas.

A adoção da Educação em Saúde sobre o tema serve para diminuir o estigma que marca o assunto, concorrendo de forma primordial para a diminuição do risco, a partir do momento em que se estabelecem canais de comunicação eficientes entre a área da Saúde e a população.

Referências para consulta:

CERVANTES C. A. D; CONTRERAS, M.L. Suicide attempt in teenagers: associated factors. **Rev. Chil. Pediatra**, vol.90, nº 6 Santiago, dez. 2019. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32186583>>, Acesso 27 março 2020.

DURKHEIM.E. **O suicídio**: estudo de sociologia. São Paulo. Martins Fontes, 2004.

OMS. **Prevenção do suicídio**: um recurso para conselheiros. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso Organização Mundial de Saúde — OMS Genebra 2006. Disponível em <https://www.who.int/mental_health/media/counselors_portuguese.pdf>. Acesso em 25 fevereiro 2020.

OMS. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da saúde em Atenção Primária. Departamento de Saúde Mental Genebra 2000.

Disponível em
<https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf> Acesso em 27 fevereiro 2020.

OMS. **Prevenção do suicídio**: um imperativo global. Luxemburgo: Organização Mundial da Saúde (2014). Disponível em: http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/world_report_2014/en/ [Links. Acesso em 04 março 2020.

OPAS. **Folha Informativa – Suicídio**. Ago. 2018. Disponível em
<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839>. Acesso em 25 fevereiro 2020.

RIVERA, G. H. A. Suicidio: consideraciones históricas. **Rev. Méd. La Paz**, LaPaz, v. 21, n. 2, p. 91-98, 2015. Disponível em
<http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012&lng=es&nrm=iso>. Acesso 27 março 2020.

SES- MS. O 3º estado com as maiores taxas de suicídio do país, MS ganha Comitê de prevenção. Disponível em <http://www.ms.gov.br/o-3-estado-com-as-maiores-taxas-de-suicidio-do-pais-ms-ganha-comite-de-prevencao/>. Acesso em 27 fevereiro 2020.

Tanatologia

No ano de 2020, o mundo tal como o conhecemos foi surpreendido pela pandemia COVID-19. Líderes políticos de todos os continentes voltaram-se para algo invisível ao olho nu, mas que foi capaz de transformar a estrutura familiar, social e econômica das nações. Incansavelmente as mídias dia após dia, reportaram o que acontecia no planeta e o cenário era de medo, temor e caos.

A ideia da existência de uma enfermidade para a qual não havia cura disponível em termos medicamentosos elevou a preocupação das pessoas em relação à sua própria finitude, diante do número expressivo de vítimas fatais desencadeado pelo avanço do coronavírus. A solidão dos moribundos (ELIAS, 2001) passou a fazer parte do cotidiano: indivíduos morrendo em hospitais, isolados e distantes de suas famílias e entes queridos.

A conjuntura do tempo e a ameaça da propagação do vírus exigia que os rituais fúnebres fossem deixados de lado, não oportunizando qualquer tipo de despedida. A pandemia tornou evidente o que Elias expressou em relação ao medo de morrer da seguinte forma: “O medo de morrer é sem dúvida um medo de perda e destruição daquilo que os próprios moribundos consideram significativo” (ELIAS, 2001, p. 41).

Kübler-Ross (2008) enfatiza que o ser humano tenta se defender de sua própria morte, encontrando maneiras de se esquivar de qualquer tipo de pensamento neste sentido com a falsa ilusão de, a partir desse tipo de fuga, se proteger da ideia que envolve a sua própria finitude.

O cenário trazido pela pandemia COVID-19, mostrou o quão necessário é trabalhar as questões que envolvem o processo de morte e morrer, e, portanto, a tanatologia, no currículo que forma os profissionais de todas as áreas, e principalmente, os profissionais da saúde. Abordar sobre essas contingências possibilita a percepção e compreensão do profissional de saúde frente à finitude, e auxilia esse profissional a lidar com os danos e estresses psicológicos que ele enfrenta diante de tal situação (MEIRELES, et al, 2019).

Os estudos desenvolvidos por Santos (2009) demonstram que, embora a compreensão das dimensões que envolvem a tanatologia seja importante para os profissionais da saúde, a formação dos mesmos ainda deixa a desejar neste sentido, pois os egressos dos cursos de graduação na área, não saem devidamente preparados para trabalhar com sujeitos portadores de doença em fase terminal, ou mesmo com os cuidados paliativos (ver verbete Cuidados Paliativos). O autor ainda afirma que este tipo de formação reflete o conjunto de valores impostos pela cultura ocidental, na qual a morte é vista como uma inimiga a ser combatida.

O modelo adotado como parâmetro para a formação dos profissionais da saúde pauta-se em princípios curativistas, e apoia-se na tecnologia e

na medicalização para alcançar o sucesso, subentendido aqui como a cura do enfermo. Entretanto, quando isso não é possível observa-se um sentimento de frustração emergir por parte dos profissionais, que sentem como se estivessem perdendo uma luta (PERBONI, ZILLI e OLIVEIRA, 2018).

Santos (2014) observa que esse tipo de comportamento reflete a visão que a sociedade ocidental tem sobre o processo de morte, o qual é visto enquanto um tabu. O autor ainda afirma sobre a necessidade de trabalhar as questões da tanatologia enquanto processo, trazendo a importância de refletir sobre o tema desde a formação básica até o ensino de nível superior, enfatizando principalmente a educação dos futuros profissionais que poderão lidar com a morte em seu cotidiano de trabalho (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, somente para citar alguns grupos).

Sampaio e colaboradores percebem sobre o ensino da tanatologia que:

A Tanatologia é uma ciência interdisciplinar que tem como foco o estudo da morte e do morrer. Nos últimos anos, tem-se estudado sobre o processo de morte e morrer, mas ainda é um desafio a aceitação da temática com naturalidade e resiliência. Ademais, o fenômeno é influenciado pela idade, pelos problemas físicos, pelas condições psiquiátricas, pela etnia, religiosidade, pelas personalidades, experiências e crenças socioculturais (SAMPAIO et al, 2018, p. 2)

Os autores ainda relatam a importância em saber como lidar com os sentimentos oriundos do

processo de morte e morrer, pois tal premissa permitiria que o profissional da saúde se sentisse mais seguro em relação às suas emoções, compreendendo o alcance de seus limites e potencialidades em relação ao sentimento de perda enfrentado tanto pela família do doente em fase terminal quanto pelo próprio doente, o que garantiria a esses profissionais uma melhor conduta frente a esta situação (SAMPAIO et al, 2018).

Santos (2009) aponta para a dificuldade em se trabalhar com as questões que envolvem a tanatologia especificamente na formação dos profissionais da área da medicina. Para este autor, foram da área das Ciências Humanas que começaram a surgir as primeiras contribuições nesta discussão, sendo que, posteriormente, iniciou-se o envolvimento da área da saúde no debate.

Para que se tenha uma ideia do que Santos (2009) traz como premissa, basta salientar que as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (2014) só apresentam a palavra “morte” em sua deliberação uma única vez. Quando ressalva a questão do conteúdo curricular e do projeto pedagógico a ser desenvolvido no curso a Diretriz afirma que faz parte do processo de formação do médico elementos que envolvam a:

(...) promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestão, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte), bem como das atividades físicas, desportivas e das relacionadas ao meio social e ambiental (CNE, 2014, p. 10).

Observa-se pela leitura da Diretriz que a visão pautada no processo de formação ainda olvida elementos importantes sobre as discussões relativas à tanatologia, corroborando com o apontado por Dalpai e colaboradores quando afirmam:

(...) muitos currículos médicos são desprovidos de disciplinas que tratem da tanatologia abordando os cuidados paliativos. O ensino dos profissionais da saúde, inclusive o médico, é mais voltado para a técnica, e o lado humano é por vezes negligenciado (DALPAI, et al, 2017, p. 308).

Sobre o quanto a tanatologia é pouco abordada enquanto temática de estudo nos cursos de graduação em Medicina no Brasil, Santos afirma que:

No Brasil, pelo que temos conhecimento, apenas duas faculdades de medicina oferecem aos seus alunos a disciplina de Tanatologia, como optativa, na graduação: FMUSP e Faculdade de Medicina do ABC (FMABC). Além disso, a FMUSP oferece uma disciplina na pós-graduação (Tanatologia – Educação para a Morte) e a opção de desenvolvimento de pesquisas (iniciação científica, mestrado e doutorado) não só para médicos, mas para estudantes e pós-graduandos de qualquer área (SANTOS, 2009, p. 12).

O estudo de Sampaio et al (2018) mostrou que o ensino de tanatologia nos cursos de enfermagem tem similaridade com a situação encontrada por Santos (2009) em relação aos cursos de medicina.

A discussão sobre a temática no currículo da graduação em enfermagem é esparsa e pontual, ocasionando um déficit teórico e prático para o desenvolvimento do cuidado relativo a doentes terminais bem como em relação ao suporte a ser oferecido às famílias destes enfermos. Dessamaneira, a lacuna existente em relação a tanatologia na formação acadêmica do enfermeiro gera sentimento de impotência e culpa nos profissionais envolvidos na assistência (SAMPAIO et al, 2018).

Souza et al aponta para a necessidade de incluir discussões sobre o ensino de tanatologia desde os primeiros semestres nos cursos de graduação em enfermagem. As autoras afirmam que a existência desses espaços de discussão possibilita a “(...) escuta e acolhimento do sofrimento dos graduandos ajudando-os a melhor elaborar as perdas de toda ordem, utilizando-se de diferentes estratégias pedagógicas” (SOUZA et al, 2017, p. 7).

Adotar essa proposta de educação para a morte na formação do profissional da enfermagem, desde o início da sua jornada acadêmica, favorece o preparo mais abrangente, propiciando que esse sujeito, no desempenho das suas funções consiga exercer com mais habilidade não só a dimensão da cura que compete ao seu trabalho, mas também a dimensão do cuidado de forma mais eficiente (SOUZA et al, 2017).

Pool-Góngora (2015) evidencia que existem três ações que são desenvolvidas no âmbito da tanatologia, as quais podem ser difíceis de diferenciar, pois estão inter-relacionadas na prática:

a primeira é o **apoio**, que consiste na execução de diversas tarefas que promovam tranquilidade no sentido do bem-estar físico e/ou emocional. A segunda é o **acompanhamento**, que significa permanecer perto da pessoa doente, para que a mesma não se sinta sozinha. E a terceira é o **aconselhamento**, ou seja, as trocas de experiências e emoções entre dois ou mais indivíduos com objetivo de sensibilizar e ajudar a suportar o momento da perda e tudo o que ele significa.

Portanto, a tanatologia propõe para diversas áreas de conhecimento sejam elas da saúde ou das humanidades, a sensibilização para uma educação sobre a morte, a fim de que o indivíduo possa se reestruturar e ressignificar seus conceitos sobre a temática, com objetivo de compreender que o processo da morte e morrer faz parte do ciclo da vida.

Alcançar esse entendimento torna mais fácil para todos os envolvidos, desde os profissionais, passando pelos familiares e pelos enfermos, suportar a carga emocional que acompanha tal processo. Essas medidas contribuem para uma assistência acolhedora e permitem o desenvolvimento de laços de empatia que serão importantes para a qualidade de vida de todos os participantes.

Referências para consulta:

CNE. **Resolução CNE/CES nº 3**, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet].

Brasília. Disponível em <https://www.fmb.unesp.br/Home/ensino/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>>. Acesso 26/03/2014.

DALPAI, D. et al . Dor e cuidados paliativos: o conhecimento dos estudantes de medicina e as lacunas da graduação. **Rev. Dor**, São Paulo , v. 18, n. 4, p. 307-310, dezembro 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132017000400307&lng=en&nrm=iso>. Acesso 09/04/2020

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos**, seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. 9 ed, São Paulo: Martins Fontes, 2008.

MEIRELES. M. A. C; et al. Percepção da morte para médicos e alunos de medicina. **Rev. Bioét.** vol.27 no.3 Brasília July/Sept. 2019 Epub Sep 26, 201.

PERBONI, J.S; ZILLI, F. OLIVEIRA, S.G. Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. **Rev. Bioét.** vol.22 no.2 Chia July/Dec. 2018

POOL-GÓNGORA. R. A. Labor tanatológica de enfermería en el nivel de frustración de personas con

diabetes mellitus tipo 2 **Enferm.univ** vol.12 no.4 México oct./dic. 2015

SAMPAIO, C. L. et al . Aprendizagem baseada em problemas no ensino da Tanatologia, no curso de graduação em Enfermagem. **Esc. Anna Nery**, , v. 22, n. 3, e20180068, 2018 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000300703&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 abr. 2020

SANTOS, F. S. Tanatologia – A ciência da educação para a vida. **Cuidados Paliativos**. São Paulo: Atheneu, 2009, p. 01-29.

SANTOS, F.S. **Tratado Brasileiro sobre Perdas e Luto**. São Paulo: Atheneu, 2014.

SOUZA, M. C. S. et al . Avaliação do perfil de atitudes acerca da morte: estudo com graduandos da área de saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400313&lng=en&nrm=iso>. Acesso 09/04/2020.

Tanatopedagogia

Esta perspectiva educacional foi adotada no pensamento pedagógico polonês a partir das questões inerentes ao movimento *hospice* (ver verbete Movimento *Hospice*). Seu principal idealizador é Przemyslaw Pawet Grzybowski (OLIVEIRA, MEDEIROS, 2017).

Entretanto, lógicas relacionadas à chamada “educação para a morte” (GRZYBOWSKI, 2014, p. 315) já são encontradas como marca na formação das questões educacionais no ocidente desde o século XVII, a partir da obra de Juan Amós Comenius, que atende pelo título de *Pampaedia*, ou Educação Universal (AURAS, 2009).

No livro, Comenius relata sobre a necessidade de todas as pessoas serem educadas “(...) em todas as coisas e totalmente (...)” (GOMES, 1998, p. 736). Neste sentido, o autor coloca que a educação para a morte é algo importante e que deve fazer parte do entendimento do que é a vida.

Sobre o assunto informa Grzybowski que:

A educação para a morte largamente entendida como educação para o cossofrimento, o coadocimento e a comorte é de fato a educação para a vida consciente, na companhia daqueles que sofrem e provavelmente vão morrer, ou em outras palavras, certamente vão morrer, como todos vão; contudo, é difícil ter uma previsão do

momento da morte (GRZYBOWSKI, 2014, p. 316).

Assim, a lógica proposta neste contexto é construir ferramentas pedagógicas capazes de permitir aos sujeitos do processo educativo uma reflexão constante sobre a vida e sobre a qualidade de vida.

A tanatopedagogia propõe-se a discutir abertamente sobre as questões que envolvem o processo de morte e morrer, sem que o mesmo seja entendido enquanto um tabu.

Para alcançar tal objetivo torna-se primordial que pedagogos e professores, assim como outros profissionais que estejam dispostos a discutir a temática tenham acesso a pesquisas científicas que se debrucem sobre o processo de morte e morrer; que essas pesquisas suscitem discussões sobre o tema em vários graus de profundidade e níveis de amplitude; que essas discussões ofereçam subsídios para as pessoas que buscam conhecimento sobre o assunto e conforto no sentido de superar perdas (GRZYBOWSKI, 2014; OLIVEIRA, MEDEIROS, 2017).

É importante frisar que, pela sua própria lógica de construção o pensamento tanatopedagógico é interdisciplinar e intercultural, corroborando com a máxima de Combinato e Queiroz (2006), quando propõem que a morte seja entendida em uma visão psicossocial. Santos (2014) acompanha essa discussão e ainda aponta para a necessidade de pensar essa educação para a morte deixando:

(...) uma abertura para o espiritual, pois o ser humano tem essencial e universalmente uma espiritualidade a ser tocada, mas essa abertura deve ser inter-religiosa, para propiciar a liberdade de crença, o convívio fraterno das diferentes vertentes e a empatia com o outro (SANTOS, 2014, p. 333-334).

Neto (2014) entende que a educação compreende um campo de extrema complexidade do qual, questões relativas à morte e a perdas diárias vivenciadas pelos educandos fazem parte. Portanto, debater sobre essas temáticas constitui em um processo importante no sentido de desenvolver nos sujeitos a capacidade crítico-reflexiva diante das experiências que envolvem o contexto.

Esta perspectiva de entendimento proposta pela tanatopedagogia percebe a vida enquanto uma série sucessiva de experiências que exigem do ser humano capacidade de constante adaptação.

Oportunizar as pessoas uma discussão sobre o processo de morte e morrer, promovendo a aprendizagem sobre o tema representaria “(...) uma mudança radical na pedagogia do ocidente para deixar surgir novos paradigmas educativos (...)” (NETO, 2014, p. 339).

Estes paradigmas abrem espaço para teorizações pedagógicas que consideram a integralidade do ser humano enquanto ente “(...) biológico, psicológico, sócio histórico e espiritual, um ser para a morte, mas que pode e deve viver com qualidade” (NETO, 2014, p. 339).

Para Incontri (2014) o maior problema em efetivar uma prática pedagógica que envolva a tanatopedagogia está no fato de que o ambiente escolar (independente do nível) não promove nos sujeitos do processo educativo propostas que incitem questionamentos e reflexões por parte deles.

Essa forma de educar, vigente desde a Revolução Francesa, é pautada em preceitos conteudistas, de maneira que, mesmo quando as questões que envolvem o processo de morte e morrer são abordadas, o são de forma temática e descontextualizada.

Portanto, não basta falar de morte só quando ela surge no contexto escolar, tornando-se necessário trabalhar a temática relacionando-a com o cotidiano e com as vivências e perdas diárias, que constituem a experiência de vida.

Uma educação voltada para referenciais tanatopedagógicos propicia ao sujeito do processo educativo maior capacidade de resiliência frente às perdas, oportunizando o desenvolvimento de um indivíduo mais estável emocionalmente e mais apto a viver em sociedade.

Referências para consulta:

AURAS, G. M. T. Pampaedia (Educación Universal). **Educ. rev.**, Curitiba, n. 34, p. 265-268, 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602009000200017&lng=en&nrm=iso, acesso em 13 maio 2020.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. S. Morte: uma visão psicossocial. **Estud. psicol.** (Natal), Natal, v. 11, n. 2, p. 209-216, Aug. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000200010&lng=en&nrm=iso>, acesso 13 maio 2020.

GOMES, J. F. A “Pampaedia” no contexto da “Dererumhumanarumemendationeconsultatiocatholica” de Comênio. **Humanitas**, vol L (1998), p. 733-753, Disponível em https://www.uc.pt/fluc/eclassicos/publicacoes/ficheiros/humanitas50/42.2_Fereira_Gomes.pdf>, acesso em 13 maio 2020.

GRZYBOWSKI, P. P. Tanatopedagogia. SANTOS, F. S.; SCHLIEMANN, A. L.; SOLANO, J. P. C. **Tratado brasileiro sobre perdas e luto**. São Paulo: Atheneu Editora, 2014, p. 315-326.

INCONTRI, D. A morte e o luto, a criança e a escola – é possível integrar essas questões em uma educação desintegrada? SANTOS, F. S.; SCHLIEMANN, A. L.; SOLANO, J. P. C. **Tratado brasileiro sobre perdas e luto**. São Paulo: Atheneu Editora, 2014, p. 341-345.

NETO, F. R. A. Perdas e luto – uma experiência a trabalhar no contexto do educador. SANTOS, F. S.; SCHLIEMANN, A. L.; SOLANO, J. P. C. **Tratado brasileiro sobre perdas e luto**. São Paulo: Atheneu Editora, 2014, p. 337-340.

OLIVEIRA, B. T. G. M.; MEDEIROS, M. M (orgs). **Por que, como e quando falar sobre a morte na escola:** material de apoio ao (a) professor (a) dos anos iniciais do ensino fundamental. Dourados/MS: UEMS, 2017.

SANTOS, F. S. Educando estudantes e profissionais das áreas da saúde, humanas e sociais sobre morte, perdas e luto. SANTOS, F. S.; SCHLIEMANN, A. L.; SOLANO, J. P. C. **Tratado brasileiro sobre perdas e luto.** São Paulo: Atheneu Editora, 2014, p. 327-335.