

A Morte como Limite do Curar¹

Christoph Schneider-Harpprecht

Introdução

Entendo a teologia como uma ciência hermenêutica cuja tarefa é interpretar criticamente a tradição religiosa e em especial a tradição judaico-cristã com a finalidade de achar nela expressões e soluções simbólicas para os conflitos que vivenciamos como indivíduos durante o ciclo da vida, para problemas dos grupos e da sociedade em que vivemos. A tradição religiosa lida simbolicamente com as questões básicas da vida e da morte do ser humano e procura orientações que permitam trabalhar racional e emocionalmente as experiências de contingência e de insegurança que são significativas para a vida do ser humano. Refletindo sobre a contribuição da tradição religiosa para a cultura, a teologia sempre teve um lugar importante para pessoas doentes e moribundas e para aqueles que as acompanham lutando pela vida e repetidamente enfrentando a morte. A teologia busca sempre a expressão da verdade como qualquer outra ciência hermenêutica; trata-se de uma tarefa infinita em que o teólogo precisa do diálogo crítico com a visão dos outros pesquisadores, do médico, do sociólogo, do psicólogo. Neste sentido este artigo visa contribuir para a discussão das ciências sobre a morte apontando especialmente o lugar social, a função e a contribuição específica de um acompanhamento dos doentes por representantes de denominações religiosas ou pela capelania hospitalar.

A Excomunhão da Morte na Medicina Moderna

Após este prólogo um pouco teórico, quero me aproximar do tema lembrando algumas idéias sociológicas sobre o curar e a morte. Uma amiga da minha família trabalha como enfermeira no setor de oncologia de um grande hospital universitário na Alemanha em que se faz quimioterapia com muitas crianças. Ela conta que ali quase nunca se fala sobre a morte. Mesmo tratando pacientes na fase terminal, fala-se em “terapia”, dão-se remédios para curar. A idéia da cura domina o discurso, orienta o tratamento e não deixa espaço para a morte. Ela me disse: “Todo o mundo sabe quando um paciente tem pouquíssimas chances. Mas não podemos falar, pois se admitíssemos que ele vai morrer não conseguiríamos mais fazer com ele tratamentos que, às vezes, são muito cruéis. Apenas pensando

em cura até o fim nós agüentamos lidar com o paciente terminal, pois muitos estão morrendo e nenhum de nós tem condições psíquicas de sofrer com cada um.”

A idéia da cura serve para defender-se contra o sofrimento da perda que médicos e enfermeiras enfrentam todo dia na sua profissão. Pesquisas de B. Glaser e A. Strauss² nos Estados Unidos mostraram que a freqüência e a duração do contato entre enfermeiras, médicos e pacientes diminuem significativamente a partir do momento em que ele é diagnosticado como paciente terminal. Os médicos não entram mais no quarto do moribundo ou fazem a sua visita mais rapidamente. Cabe agora à família ou ao padre/pastor acompanhar esta pessoa. A divisão do trabalho no hospital deixa a cura para o médico e a morte para os familiares, o pastor ou os religiosos, que assumem um lugar marginal na hierarquia hospitalar.

Nos últimos 20 anos se falou muito sobre a morte e o acompanhamento de pessoas moribundas. Porém duvido que na relação com os pacientes terminais tenha havido grandes mudanças e que na formação de médicos e enfermeiras exista preparo sistemático sobre esta questão. O recalque da morte que acontece no hospital e nas instituições de saúde não é em primeiro lugar uma decisão individual; é um fenômeno coletivo baseado numa decisão fundamental da cultura ocidental moderna. Lembro aqui algumas hipóteses que o filósofo francês Jean Braudrillard colocou em meados dos anos 70 no seu livro sobre “a troca simbólica e a morte”³: diz ele que nas sociedades primitivas observa-se um limite permeável entre vida e morte. Os vivos convivem e comunicam-se com os mortos. Enterrados no chão da própria casa, alimentados e consultados em decisões difíceis, os ancestrais participam da vida. Há uma troca simbólica entre o mundo dos vivos e dos mortos que possibilita aos vivos lidar conscientemente com a limitação da morte e que relativiza estruturas de poder na sociedade. Na cultura popular do cristianismo medieval ainda existia essa troca simbólica nas tradições da dança da morte, onde todos entravam na roda como iguais. A morte igualizava a todos, o servo e o dono, o rei e o mendigo.

Na história da civilização ocidental, porém, constata-se uma crescente manipulação do limite entre vida e morte através de instituições religiosas e através do Estado e da ciência que lhe serve. Instituições religiosas e finalmente a Igreja começaram a individualizar a passagem da vida para a morte, dizendo que no juízo final cada um é responsável pelos seus atos e só terá salvação se viveu conforme os mandamentos e as regras da Igreja. No século do iluminismo e absolutismo, o Estado e a ciência começaram a assumir o poder absoluto sobre as pessoas excomungando a morte, os mortos e os doentes da sociedade. Foi nesta época que se fundaram cemitérios fora da cidade, se concentraram os doentes em hospitais e se praticou a medicina científica com a finalidade de curar e restituir a força de trabalho. Adquiriram-se novos conhecimentos através do estudo do corpo morto, através da necrópsia.

Antigamente os hospitais eram chamados Santa Casa, abrigos onde os pobres e doentes podiam morrer em paz, acompanhados pelo cuidado e as orações da

Igreja. Na modernidade eles se tornaram centros de cura. A cultura da modernidade, e esta é a hipótese básica de Braudrillard, baseia-se na defesa da sociedade contra a morte, na eliminação da morte da vida pública e coletiva. Não há mais comunicação com o mundo dos mortos, não há mais troca simbólica. A nova onda de fascinação pelo tema da morte que atualmente observa-se nos Estados Unidos e que se manifesta em cada filme de terror apenas mostra como a sociedade tenta trabalhar a ameaça da morte repetindo e reencenando o trauma constantemente para poder dominá-lo. Domina então a vontade de abolir a morte, que tornou-se um acidente para a medicina. Sociologicamente, o hospital e o trabalho do médico servem para controlar a morte e a neutralizar. Hoje em dia, a maioria das pessoas morre no hospital, tornando-se para a medicina um caso de câncer, de AIDS, de derrame cerebral ou infarto. Pergunto-me se Braudrillard tem razão quando diz que nenhuma perfeição das relações humanas e terapêuticas no hospital e na prática geral da medicina consegue tirar essa tendência de objetivar e despersonalizar o ser humano⁴.

No final das contas penso que não temos outra alternativa do que ficar no caminho da modernidade, seguindo a razão e fazendo uma medicina mais humana que lute pela qualidade de vida física e psiquicamente humana. Entretanto, precisamos relativizar a postura absoluta da razão e da técnica da medicina moderna, encarando a morte não como inimigo absoluto do curar, mas como um limite necessário para todos, o paciente e sua família, bem como para o médico e a equipe hospitalar. É necessário falar e relacionar-se conscientemente com este limite e integrá-lo no discurso e na cultura hospitalar em vez de excomungá-lo.

Nisso a tradição religiosa e os representantes das religiões podem dar uma contribuição importante, pois a religião, seja ela qual for, ainda não perdeu o potencial de tematizar o limite da morte e de iniciar uma troca simbólica que permita que ela entre na vida, ocupe tempo e espaço. Mas nem toda religião consegue trabalhar o limite da existência humana de maneira crítica e frutífera. Ideologias religiosas que levam as pessoas a entrarem em contato com os espíritos dos mortos, que as assustam falando sobre demônios e o castigo eterno para os desobedientes servem, em primeiro lugar, para negar a realidade da morte, para negar o impacto da finitude. Também o cristianismo pode ser abusado neste sentido. Porém na sua essência, simbolizada pela cruz de Jesus Cristo, ele afirma a experiência da finitude e formula o protesto contra a morte injusta, fruto de violência, negligência e desrespeito dos direitos humanos.

A religião que afirma a finitude do ser humano e protesta contra a morte injusta é necessária no hospital para questionar a rotina, para atrapalhar os técnicos e administradores e fazê-los sentir constantemente a mágoa narcísica da morte. A religião derruba, através do seu *memento mori*, a parede invisível que divide os pacientes, os moribundos dos poderosos e sãos que manipulam a saúde. A solidariedade da morte une o moribundo e o seu médico, une aquele corpo sobre a mesa de cirurgia com aquele que abre o corpo e tem o poder de fazer o coração parar.

Ambos já começaram a morrer biologicamente no dia do seu nascimento. Ambos já estão parcialmente mortos quando se encontram na mesa de cirurgia. Ambos percorrem o tempo e, no momento da morte física, serão iguais, bem como antes, quando se perguntam qual será o seu destino, o que significa o escuro desconhecido da morte que é capaz de criar tanto medo. O aconselhamento pastoral no hospital pode ajudar as pessoas a relacionar-se conscientemente com a própria morte, para vivenciá-la e assim viver de uma maneira mais intensa e verdadeira. Apenas quem aprendeu a lidar com a sua própria experiência de morte e luto sabe tratar os moribundos de uma maneira mais compreensível e humana.

Humanizar o Tratamento de Pacientes Moribundos no Hospital

A concepção moderna de cura entende a doença como disfunção de sistemas físicos e psíquicos para restabelecê-los através de intervenções por meio de aparelhos, cirurgias e efeitos químicos. O outro lado dessa concepção é que cada um que quer curar produz também a morte como efeito de medicação ou cirurgias, ou ainda como efeito da própria organização hospitalar. Não preciso lembrar como a organização do sistema de saúde neste belo país produz a morte. Os pobres falam da morte na fila do INSS, enquanto os ricos têm todo o atendimento. O índice de infecções hospitalares ainda é alto e a situação em muitos prontos-socorros, bem como nas acomodações de muitos hospitais, é uma catástrofe. Parece que a economia, a organização da saúde e a higiene representam ainda um limite muito grande para a cura. A morte torna-se um horror quando uma mulher idosa com leucemia passa suas últimas horas num pronto-socorro, deitada numa sala com muitas outras pessoas, vítimas de acidentes ou tiroteios que gritam, suspiram, choram, sangram. Não há privacidade. Assim o sistema de saúde torna o indivíduo um nada, um corpo que já perdeu o direito de existir. Humanizar, na medida do possível, a experiência da morte no hospital é hoje em dia em primeiro lugar uma tarefa política especialmente dos médicos, das enfermeiras e de seus representantes políticos. Isto faz parte de uma política de direitos humanos.

Aspectos centrais da experiência da morte no hospital são insegurança, medo e dor do paciente. Ele fica inseguro porque perde no hospital grande parte da sua identidade social: o lar, o ambiente familiar, ocupações, afazeres e trabalho, o contato com parentes, amigos e vizinhos. No seu quarto, está exposto ao olhar de outros, aos exames em que pessoas estranhas tocam o seu corpo e podem lhe causar dor. A delimitação da identidade social do paciente junto com o perigo da doença podem causar reações regressivas de defesa e provocar conflitos com a equipe hospitalar. A insegurança sobre o diagnóstico e o medo da morte fortalecem este padrão de comportamento. O enfraquecimento do corpo pela doença e manipulações do corpo como cirurgias e especialmente amputações ameaçam o

“eu do corpo” (eu físico) e desestabilizam assim a identidade básica do sujeito. Segundo a psicanalista Marielene Leist⁵, crianças sofrem lesões psíquicas muito profundas por causa da mutilação do seu corpo, fato que deve ser levado em consideração na decisão de fazer ou não fazer uma amputação.

O medo da morte mostra-se como medo de perda e medo de castração. Depende dos mecanismos de defesa do eu se a pessoa arrisca encarar a morte ou não. Calcula-se que 80% dos pacientes querem saber o seu diagnóstico e a sua perspectiva de vida. Depois começam as fases de adaptação descritas por E. Kübler-Ross e outros⁶. A defesa psíquica pode provocar um recalque total ou temporário do fato da morte. Isso, bem como o sofrimento psíquico do paciente que sabe do seu futuro, não justificam que os responsáveis não comuniquem ao paciente o diagnóstico e as chances de cura ou o iludam. O paciente tem o direito de saber e ser tratado como pessoa adulta e plenamente responsável. Não sabendo da morte, ele perde a possibilidade de organizar a herança, de despedir-se de pessoas queridas, de revisar a sua vida, de decidir sobre a continuação do tratamento; em poucas palavras: perde a possibilidade de viver plenamente. Mais cedo ou mais tarde, ele vai descobrir a verdade e começar a desconfiar do médico e dos seus familiares, ou continuar fazendo de conta que está tudo bem para não preocupar os familiares ou porque tem medo de perder a atenção do médico. O hospital como instituição deseja uma morte sem problemas e complicações emocionais. Porém o respeito para com o paciente lhe concede o direito de sofrer a sua própria morte, como diz o poeta Rainer Maria Rilke, e de trazer complicações emocionais mesmo quando estas perturbem a rotina e dêem trabalho ao pessoal do hospital. Faz parte da existência humana que cada um de nós encare a morte de frente. Martinho Lutero deu um conselho sábio no sermão sobre a preparação para a morte: não é bom encarar a morte apenas na última hora. É bom preparar-se para ela enquanto vivemos plenamente e ainda temos bastante tempo pela frente, para depois na última hora poder pensar na vida⁷.

Por causa do medo, pacientes moribundos precisam de maior atenção das enfermeiras e muitas vezes da presença contínua de familiares. Em cada hospital deveria haver quartos onde pacientes moribundos pudessem ficar com os seus familiares e despedir-se. Enfermeiras e médicos não têm um talento natural para lidar com pacientes moribundos. É necessário que eles façam, durante a formação e em reciclagens, um treinamento de comunicação que os prepare para esta tarefa. Grupos de supervisão, conforme o método do psicanalista Michael Balint⁸, ajudam no acompanhamento de pacientes difíceis e moribundos.

Um grande problema dos pacientes moribundos é a dor. Observa-se que ficam muito mais tranqüilos quando sabem que eles mesmos podem dirigir o uso de analgésicos e solicitar o remédio quando sentem necessidade. A experiência mostra que o perigo do abuso de remédios nesse tipo de tratamento não é muito grande. Não cabe ao médico exigir do paciente que ele agüente muita dor. Isto cria uma dependência adicional do paciente para com o médico. Ele sempre está

preocupado que não haja analgésico suficiente, sofra dores ou perca tempo de vida valioso esperando pelo médico.

O Papel do Aconselhamento Pastoral no Trabalho da Equipe Hospitalar

O filme americano “Silêncio como Gelo” conta a história dramática de duas mulheres jovens com câncer, uma das quais é bailarina famosa, que se conhecem num hospital especializado para o tratamento de câncer. Tudo neste hospital é branco: paredes, chão, móveis, roupas. Apenas o padre usa um terno preto. No filme, ele é o representante da morte contra a qual todas lutam com todas as suas forças. Além de ser o anjo da morte, ele é uma caricatura de um cura d’almas. O padre do filme só vem para falar da morte e preparar a paciente para ela. Ele não está interessado na pessoa, não quer ouvir, só quer “vender o seu peixe”, orar, fazer o ritual de confissão e absolvição, fazer a extrema-unção, salvar uma alma. Parece que ele só acredita na morte e não acredita mais na vida e na vontade das pacientes de viver. Por sua pseudo-sensibilidade e sua maneira untuosa de falar com as pessoas, ele provoca fortes agressões nas pacientes e no público. Depois de uma cirurgia decisiva, a bailarina está à beira da morte. Porém quando ela reconhece, num momento de lucidez, o padre ao seu lado no leito de morte, fica com tanta raiva que junta todas as forças e o empurra através do suporte do soro até ele cair no chão. Neste momento, ela supera a crise e volta à vida e à saúde.

É óbvio que essa figura do padre serve de bode expiatório. A medicina, que, recalçando a morte, luta pela vida da pessoa, só pode ridicularizá-lo e odiá-lo. Por outro lado, é verdade que as igrejas mandaram muitas vezes pastores não muito habilitados para trabalhar nos hospitais. O tipo de aconselhamento pastoral que eles aprenderam não incluía conhecimentos psicológicos ou um treinamento de comunicação. Hoje em dia, os hospitais tornaram-se um mercado aberto para as mais diversas denominações religiosas. Chega a acontecer que um paciente recebe três ou quatro visitas religiosas por dia e gasta muita energia para defender-se daqueles que usam a situação de doença e fraqueza para convertê-lo depressa sem caminhar junto e sem o acompanhar profundamente. Esta situação torna muito difícil um trabalho frutífero de pastoral hospitalar. Entretanto, ela já exige que também esse setor de visitas e acompanhamento espiritual e psicológico aconteça sob uma coordenação competente.

Entretanto, ninguém pode negar que existe uma grande necessidade de acompanhamento espiritual e psicológico para os pacientes no hospital. Reconhece-se que a cura é mais do que o restabelecimento do funcionamento físico. O ser humano é aquela espécie que fala, que usa símbolos para relacionar-se com o outro e consigo mesmo. Ele vive num mundo imaginário e simbólico de mitos, histórias, crenças, tradições culturais e religiosas. E as doenças do seu corpo

podem tornar-se metáforas que falam de um outro sofrimento. No aconselhamento pastoral acontece a troca simbólica que é necessária para resgatar a vida, para trabalhar conflitos psíquicos e para encarar a morte. No aconselhamento pastoral os pacientes podem tornar-se sujeitos porque falam e são escutados, podem interpretar a sua vida e a sua morte, lutar pela saúde, buscar um sentido, exprimir a dor e o seu clamor, passar pelo processo de luto e sentir um pouco de solidariedade. Isto é uma contribuição válida para a cura e para uma morte mais humana.

Hoje em dia grandes hospitais têm feito a experiência de como é importante que um/a representante da capelania hospitalar faça parte da equipe, acompanhando os profissionais e os pacientes. Existem também no Brasil alguns centros de treinamento psicoterápico para essas pessoas, para que não continuem atuando como se fossem caricaturas da morte. De certa forma, o capelão hospitalar assume uma função parecida com aquela do psicólogo no hospital geral que ajuda pessoas a viverem e superarem as suas crises. Apesar disso, os dois não são concorrentes. A capelania hospitalar não é em primeiro lugar um serviço funcional que pode-se chamar quando a equipe de cura chegou ao seu limite, quando é necessário acalmar um paciente rebelde ou amenizar o medo da morte. Pois a capelania hospitalar testemunha, pela sua existência, aquele grande outro, o *Grund des Seins*, o “fundamento do ser” ao qual não temos acesso, do qual surgimos no nascimento e no qual entramos quando morremos. Ela testemunha simbolicamente aquilo que possibilita e sustenta e, ao mesmo tempo, sempre barra e atrapalha a vida e ao qual a tradição deu o nome de “Deus”. Ela quer motivar as pessoas para que se lembrem da sua relação fundamental com Deus e achem novos caminhos para vivê-la e, assim, assumir responsabilmente a sua própria vida e morte.

Na minha terra o símbolo da capelania hospitalar é uma cruz em cujo tronco cresce uma flor. Lembra a dupla tarefa da capelania no hospital: ser advogado da vida que ajuda para que o sujeito tenha espaço e possa crescer como uma flor, defender o paciente como indivíduo contra os efeitos desumanos da própria instituição hospitalar e da sociedade enquanto está enfraquecido, e dizer o seu *memento mori*, lembrando que a cruz, a morte e o sofrimento são o destino de cada um. Quem aceita este limite ganha mais liberdade para viver e curar.

Notas

- 1 Contribuição para uma discussão interdisciplinar sobre o tema “A morte como Limite do Curar” na 2ª Jornada de Enfermagem e 1º Encontro Multiprofissional, realizados em junho de 1994 no Hospital Santa Casa de Misericórdia/Porto Alegre.
- 2 B. GLASER & A. STRAUS, *Interaktion mit Sterbenden*; Beobachtungen für Ärzte, Seelsorger und Angehörige, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1974.
- 3 Jean BRAUDILLARD, *L'échange symbolique et la mort*, Paris, Gallimard, 1976. A citação segue a edição alemã: *Der symbolische Tausch und der Tod*, München, Matthes & Seitz, 1982.

- 4 ID., *ibid.*, p. 291.
- 5 Marielene LEIST, Das Sterben bewältigen, in: Stephan WEHowsKY, ed., *Sterben wie ein Mensch*, Gütersloh, Gerd Mohn, 1985.
- 6 E. KÜBLER-ROSS, *On Death and Dying*, New York, MacMillan, 1969; J. BOWLBY, *Loss, Sadness and Depression*, London, Hogarth, 1980.
- 7 Martinho LUTERO, *Obras Seleccionadas*, São Leopoldo, Sinodal; Porto Alegre, Concórdia, vol. 1, pp. 385-399.
- 8 M. BALINT, *The Doctor, His Patient and the Illness*, London, Pitman, 1964.

Christoph Schneider-Harpprecht
Escola Superior de Teologia
Caixa Postal 14
93001-970 São Leopoldo — RS