

## Trabalho Vivo em Ato na Defesa da Vida Até na Hora de Morrer

Magda de Souza Chagas  
Emerson Elias Mehry

### O Homem e a Morte

A máxima que a tantos influenciou “Nem o sol nem a morte podem ser olhados fixamente” (LA ROCHEFOUCAULD, *Máxima 26*, s/d) necessita revisão, pois de lá para cá a ciência evoluiu, conhecemos o diâmetro do sol, sua massa, volume, a composição da sua estrutura, a distância dele da terra, muito já foi descoberto e feito em relação ao sol, e ainda engatinhamos na direção da morte.

Saramago (2005), no livro *As Intermittências da Morte* nos conduz e convida a viver sem a morte e vamos vivenciando linha a linha o que pensamos ser a realização de um desejo que queremos, ou seja, viver sem a morte como um viver sem sofrimento, viver com a possibilidade de não mais morrer. Será este o nosso desejo?

A morte é provocadora de incômodos na cultura contemporânea ocidental, mas não fomos sempre assim. A maneira de olhar a morte depende do momento, da cultura e dos sentidos que as culturas dão à morte.

Morin (1997) olha para a morte e destaca nela uma distinta particularidade, somente na espécie humana a morte está presente ao longo de toda a vida, inclusive com ritual funerário e é ela responsável pela ruptura entre o homem e o animal, ruptura de significação tão considerável quanto o cérebro, a linguagem, a ferramenta<sup>98</sup>. Neste caso a morte, como a ferramenta, afirma o indivíduo, o prolonga no tempo, além de exprimir inadaptação do homem ao mundo.

Os homens de Neandertal já apresentavam preocupação com os mortos, preocupação esta expressa através das sepulturas, cuja existência fala de um certo modo de tratar, de cuidar dos mortos e que pode ser visto como um sinal de “humanização” dos mesmos. “O dado primordial, fundamental, universal da morte humana é a sepultura”. A sepultura pode ser vista tanto como cuidar da pessoa que morre, a perpetuação da sua existência (em alguns casos as sepulturas eram

---

98 As ciências humanas determinam as idades da humanidade a partir de suas ferramentas: Ferramenta (homo *faber*), cérebro (homo *sapiens*), linguagem (homo *loquax*).

preparadas como se as pessoas continuassem vivas; o não-abandono como sobrevivência), ou mesmo um ato, uma espécie de revolta contra a morte.

O mito da imortalidade não surgiu a partir do avanço da medicina, dos aparatos tecnológicos e seu reflexo na melhora da qualidade de vida e aumento da expectativa de vida, como pensam alguns (GALLI, 2009). O mito da imortalidade acompanha o homem há muito tempo. A noção pré-histórica etnológica da imortalidade pode ser vista a partir dos ritos estabelecidos, a crença na existência de um mundo próprio dos mortos, a tentativa de perpetuar a vida, a existência. A imortalidade não como sinal de ignorância e sim como reconhecimento do que estava ocorrendo, como contraponto à consciência do fato da morte causa do traumatismo da morte – “porque o traumatismo da morte torna mais real a consciência da morte, e mais real o apelo da imortalidade”.

### **A Morte e a Sociedade**

Deleuze (2002) considera que existe em Espinosa uma filosofia da “vida” e ela “consiste precisamente em denunciar tudo o que nos separa da vida”. Este filósofo, segundo Deleuze, denuncia “todas as falsificações da vida, todos os valores em nome dos quais nós depreciamos a vida: nós não vivemos, mantemos apenas uma aparência de vida, pensamos apenas em evitar a morte e toda a nossa vida é um culto à morte”.

Schopenhauer (2004) em seu livro *Metafísica do amor; metafísica da morte* dá à morte as vestes de inspiração, uma vez que considera a morte “o gênio inspirador, ou a musa da filosofia” e segundo ele Sócrates definiu a filosofia como “preparação para morte”, e sem a morte não existiria filosofia.

Ao falar da representação moderna da morte e do corpo, Persch (2002) também busca Espinosa: “O homem livre em nada pensa menos que na morte; e a sua sabedoria não é uma meditação da morte, mas na vida”. A afirmativa anterior é apenas uma constatação da maneira como a humanidade se relaciona com este tema tabu que continua a despertar atenção tanto de filósofos quanto pesquisadores em diversas áreas do conhecimento humano e o debruçar sobre o assunto que acompanha o homem desde a antiguidade continua a despertar mais e mais vontade de entendimento.

Mas se trazemos em nós a dualidade Vida-Morte, por que tanta dificuldade nos nossos dias?

Ariès (2003), de maneira didática e poética, apresenta um caminho para dentro da história da morte na sociedade e no tempo, uma possibilidade para entendermos como chegamos à dificuldade que vivenciamos hoje, as resistências

que fomos criando e incorporando, nossas atitudes diante da morte, nossa maneira de ver e viver (e não viver) a morte:

**A morte domada** – Na Idade Média até meados dos séculos XVI e XVII as pessoas morriam sabendo que se ia morrer. A morte era esperada no leito, não havia fuga, não havia meio de blefar, de fazer de conta que não existia; os ritos de morte eram algo simples e tudo era feito muito simplesmente. A cerimônia era pública e organizada pelo moribundo, os romances e outras expressões de arte apontavam isto como Dom Quixote, Tristão e Isolda, os Romances da Távola Redonda;

**A morte de si mesmo** – Surge no século XII. “No espelho de sua própria morte cada homem redescobria o segredo de sua individualidade (...) O homem das sociedades tradicionais, que era não só o da primeira fase da Idade Média, mas também o de todas as culturas populares orais, resignava-se sem grande dificuldade à ideia de sermos mortais. Desde meados da Idade Média, o homem ocidental rico, poderoso ou letrado reconhece a si próprio em sua morte – descobriu a morte de si mesmo”;

**A morte do outro** – “A partir do século XVIII, o homem das sociedades ocidentais tende a dar à morte um sentido novo. Exalta-a, dramatiza-a, deseja-a impressionante e arrebatadora. Mas, ao mesmo tempo, já se ocupa menos da sua própria morte e, assim, a morte romântica, retórica, é antes de tudo a morte do outro – o outro cuja saudade e lembrança inspiram, nos séculos XIX e XX, o novo culto dos túmulos e dos cemitérios”. A partir do século XVI os temas da morte ganham sentido erótico, Eros e Tanatos;

**A morte interdita** – Ocorre o deslocamento do local da morte. Da morte em casa junto aos seus, sendo a morte simples e um processo da vida, passou-se a morrer no hospital e a morte passou a ser um fenômeno técnico causada pela parada de cuidados, ou seja, por decisão do médico e da equipe hospitalar.

Da idade média aos dias atuais, da morte domada à morte interdita, da morte situação de vida à morte tabu, a evolução científica, social e econômica da sociedade caminhou na direção contrária a aceitação da morte como estágio do desenvolvimento humano tal como o nascimento, e não uma “inimiga a ser vencida” ou uma “prisão de onde devemos escapar” (KUBLER-ROSS, 1996).

### **Sociedade Contemporânea e a Morte**

Ariès, com a morte interdita, registra a mudança do espaço da morte e o papel que passou ocupar o profissional médico. O hospital como “instrumento terapêutico”, espaço de cura é apresentado por Foucault (1979) tendo surgido no

século XVIII, assim como os mecanismos disciplinares que possibilitariam a medicalização da morte. O hospital, que sai da condição de atendimento assistencial para pobres e por isto separação e exclusão destes do meio social antes do século XVIII, torna-se, através do deslocamento da intervenção médica e disciplinarização do espaço, no “hospital médico”. Este movimento para dentro do hospital repercutiu profundamente na sociedade na maneira de ver e relacionar-se com a doença, o doente e o resultado deste processo. Se antes havia alguma autonomia no tratar um doente, suas dores e a possível morte, a partir da entrada do médico neste cenário a relação de dependência que foi se estabelecendo, consolidou e está presente até os dias de hoje. “No século XX a maioria das pessoas não vê os parentes morrerem. O hospital é conveniente, pois esconde a repugnância e os aspectos sórdidos ligados à doença. A família também fica afastada para não incomodar o silêncio dos hospitais”. “O triunfo da medicalização está em manter a doença e a morte na ignorância e no silêncio” (KÓVACS, 1992).

A maneira como a sociedade passou a reconhecer a morte tem grande relação com este espaço onde ela passou a ocorrer, o espaço hospitalar. Desta forma, quando Kóvacs fala que “a sociedade ocidental insiste no caráter acidental da morte: acidentes, doenças infecções e velhice adiantada, ficando a morte despojada do caráter de necessidade em termos de processo vital, este pode ser um caminho para entendimento deste movimento. Nossa sociedade não sabe o que fazer com os mortos, com estes “estranhos corpos que pararam de produzir” e o que deveria ser visto como natural passa a ser clandestino e jogado para o fundo da consciência, uma vez que as pessoas morrem escondidas”.

Assim como na música de Gilberto Gil (2008), Elias (2001) considera que não é a morte, mas o conhecimento da morte que cria problemas para os seres humanos. Para este autor a morte é um dos grandes problemas biossociais na vida humana, uma vez que é empurrada mais e mais para os bastidores da vida social. O que significa para quem está morrendo ser empurrado para os bastidores, para o isolamento.

### **A ambiguidade que a morte apresenta**

Existe uma ambiguidade explicitada pela fuga, vontade de esquecer, evitar, desconsiderar a existência da morte e uma atração pelas notícias diárias de TV, jornais, filmes, além da morte cotidiana nas ruas que atrai repetitivamente a proximidade de “curiosos”. Morin (1997) fala da dualidade que vive o ser humano em relação à morte ao se deparar com a consciência do fato da morte e a crença na imortalidade, isto a partir da afirmação da individualidade. Esta individualidade

pode ser exemplificada a partir da criança, quando somente ao tomar consciência de si mesma como indivíduo é que começa a perceber sua relação com a morte. Para Morin, a “dor provocada por uma morte só existe se a individualidade do morto estiver presente e reconhecida: quanto mais o morto for próximo, íntimo, familiar, amado, respeitado, mais violenta a dor”.

Por quê evitar, camuflar, desconsiderar o que nos acompanha e acompanhará eternamente a existência? Será que a morte não nos traz nada além da dor e o sentimento de vulnerabilidade e finitude?

### **A morte casa com o trabalho vivo em ato**

A sociedade que cultiva e cultua a individualidade acerta e provoca fissura nestes dois pontos que agora se encontram unidos, Trabalho Vivo e Morte. A individualidade enaltecida dificulta as relações interpessoais, provoca a competitividade, solidão e não a cooperação, solidariedade e/ou amizade, nada de coletivo. Misturo a esta expressão da sociedade capitalista o seu modo de produção para acúmulo de capital dependente das inovações tecnológicas, conhecida então como transição tecnológica. Merhy (2002) cita Marx quando este diz: “a transição tecnológica imprime alterações significativas no parcelamento dos processos de trabalho, no perfil da qualificação dos trabalhadores, no mercado da força de trabalho, nos processos de troca, entre outros”.

Mesmo com a incorporação tecnológica que vamos sofrendo, a entrada de novos equipamentos na área da saúde “não anula momentos singulares do trabalho em saúde, insubstituíveis pela presença de equipamentos, como a dimensão típica da produção do ato cuidador”. Para Merhy, “a reestruturação produtiva na saúde, hoje, pode não estar sendo marcada pela entrada de equipamentos, mas tanto pela “modelagem” da gestão do cuidado em saúde, quanto pela possibilidade de operar sua produção por núcleos tecnológicos não dependentes dos equipamentos”.

O trabalho na saúde não tem as características do trabalho industrial, mas sempre sofreu influência das organizações produtivas hegemônicas. De acordo com Pires, citada por Merhy, mesmo com alguns momentos artesanais, o trabalho em saúde já se encontra compartimentalizado, e isto nos remete ao “fatiamento do usuário”.

“O percurso de procura de uma nova conformação tecnológica para a produção dos atos de saúde, impactando a relação entre o núcleo tecnológico do trabalho vivo em ato em saúde com os outros núcleos deste processo produtivo, faz parte de uma aposta que se coloca de modo anti-hegemônico”. Uma das agen-

das prioritárias destacadas é agir no dia-a-dia dos serviços de saúde, na busca de configuração de um modelo de atenção em defesa da vida. Considerando que este é o lugar onde a disputa com os projetos neoliberais deverá acontecer. É indispensável “a construção de um compromisso efetivo dos trabalhadores de saúde com o mundo das necessidades dos usuários, que permita explorar de modo exaustivo o que as tecnologias em saúde detêm de efetividade, em um novo modo de operar a gestão do cuidado em saúde. Mostra como essa passa pela produção de novos coletivos de trabalhadores comprometidos ético-politicamente com a radical defesa da vida individual e coletiva”.

“Foco principal o campo dos processos produtivos em saúde no momento do ato de cuidar e sua organização no interior dos estabelecimentos, em sua dimensão organizacional”.

“O campo de ação do trabalho vivo em ato, na sua capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e novos rumos para os atos produtivos em saúde, é o lugar central da transição tecnológica do setor saúde e, portanto, território em disputa pelas várias forças interessadas neste processo”.

“O momento do trabalho em si expressa de modo exclusivo o trabalho vivo em ato. Esse momento é marcado pela total possibilidade de o trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima”.

Podemos exercer protagonismo / liberdade ou antagonismo / reprodução, que podemos traduzir como trabalho vivo ou trabalho morto respectivamente. Mas para olharmos as tecnologias na área da saúde é necessário ampliar e enxergarmos outras ofertas que acontecem e explicitam o cuidado. Para esta explicitação das tecnologias na saúde Merhy deixa claro que essas “não (se) confundem com equipamentos e máquinas, pois inclui como tecnologias certos saberes que são constituídos para a produção de produtos singulares”. Nessa direção, propõe a classificação que segue:

**Classificação das tecnologias envolvidas no trabalho em saúde (MERHY, 2006; 2002):**

- **Leves** – Como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, os próprios agires de gestão dos processos de trabalho;
- **Leves-Duras** – Como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia e outras;

- **Duras** – Como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais formais.

Para expressar sua visão sobre a teoria do trabalho em saúde e as tecnologias da produção do cuidado, Merhy apresentou algumas teses e neste momento recortamos algumas:

*Tese nº 4: “nesse modo de possuir, o trabalho vivo em ato opera como uma máquina de guerra política, demarcando interessadamente territórios e defendendo-os; e como uma máquina desejante, valorando e construindo um certo mundo para si”;*

*Tese nº 11: o trabalho vivo em ato opera com tecnologias leves como em uma dobra: de um lado, como um certo modo de governar organizações, de gerir processos, construindo objetos, recursos e intenções; de outro lado, como uma certa maneira de agir para a produção de bens/produtos; sendo uma das dimensões tecnológicas capturantes que dá a “cara” de um certo modelo de atenção”;*

*Tese nº 15: é neste encontro do trabalho vivo em ato com o usuário final que se expressam alguns componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde; as tecnologias articuladas à produção dos processos intercessores, as das relações, que se configuram, por exemplo, por meio das práticas de acolhimento, vínculo, autonomização, entre outras.*

Um trabalhador da saúde em exercício, na produção do cuidado no encontro intercessor com o usuário, sempre produzirá cuidado em ato.

“Os agentes produtores e consumidores são “portadores” de necessidades macro e micropoliticamente constituídas, bem como são instituidores de necessidades singulares, que atravessam o modelo instituído no jogo do trabalho vivo e morto ao qual estão vinculados”

### **Existe vida trabalhando com a morte (?)**

A morte que já esteve presente na vida das pessoas e com o movimento das sociedades, principalmente a ocidental, passou a ser “guardada” nos hospitais. Há algum tempo iniciou-se outro movimento, tanto na discussão no processo de morrer, quanto do local, que pode ser, quando desejado, a própria casa. É neste *novo-ex-passo* que a produção do cuidado, do “trabalho vivo em ato” em uma equipe de Cuidado Paliativo (CP) (KÓVACS, 2003), externaliza a complexa, porém não complicada, possibilidade de relação interpessoal entre profissionais da área da saúde, cuidador e paciente.

A morte, embora presente nos espaços de serviços da saúde, encontra-se como a “morte interdita”, exilada, encaixotada e tratada como o insucesso (ARIÈS, 2003), sendo poucas as iniciativas e ofertas de cuidado e preparo para quem vai morrer, para a família, para os profissionais e cuidadores. Como aponta Kóvacs (2003b), o mais difícil às vezes não é lidar com a morte e sim acompanhar a pessoa viva no processo de morrer.

Os profissionais do CP vivenciam e cuidam das pessoas no momento, no processo ainda temido pela humanidade (KÓVACS, 2002), na morte. Neste processo de forma inesperada expressam vida, vivências, apostas, desejos, sofrimentos dos próprios profissionais e dos outros.

Como a filosofia registra, ver a morte, refletir sobre a morte faz a pessoa deparar-se com sua própria finitude, fragilidade, mortalidade. Desta forma, a experiência direta com o processo de morrer provoca nas pessoas que trabalham no CP autoconhecimento, aprendem a lidar com imagens e histórias carregadas de simbolismos que expressam, de forma sintética, dilemas, aprendizagem, medos e anseios presentes na profundidade do psiquismo. É claro que dependerá sempre da disponibilidade de cada pessoa, da decisão de entrar em contato consigo e com o eu do outro, mas caso decidam por isto... Podem então entrar em um diálogo mais profundo com os pacientes e grupos envolvidos em problemas de saúde importantes. Os profissionais do CP se veem cotidianamente confrontados com a vulnerabilidade humana, mas também lidam com a dualidade que lhes foi imposta através do modelo biomédico, romper com esta dualidade e vivenciar o drama e a existência humana de quem cuida, este é um grande desafio (MERHY, 2002).

O vínculo (CHACRA, 2005) entre profissional da saúde e usuário, falado e pretendido seu alcance em diversas modalidades de atenção, é visto como modelador e facilitador do cuidado, uma vez que ao “tocar” a pessoa que se encontra vulnerável pelo quadro de “dependência”, atingimos os territórios existenciais do outro. É com este “atingimento” que se consegue fazer com que o outro/paciente use o plano terapêutico que foi estabelecido. Esta é uma maneira de operar e “trabalhar” a questão do vínculo.

Aqui o vínculo, unido ao contato físico e ao toque, ganha a dimensão dos humanos em contato. Não é necessário deixar de pensar no vínculo como modelador e facilitador do cuidado no seu aspecto “negativo”, se é que podemos ou devemos pensar dicotomicamente, mas o toque traz ao vínculo uma outra dimensão que lança, remete e aproxima. Uma tecnologia leve nem sempre incluída nos processos terapêuticos, do cuidar. Ou como registra Chacra, uma ligação afetiva entre dois sujeitos em posição de assimetria. Uma ligação afetiva que necessita



de uma comunicação efetiva. Para que ocorra, para que se estabeleça o vínculo é primordial a aceitação do outro como legítimo e portador de autonomia.

Seguindo a classificação de Merhy apresentadas anteriormente, referente às tecnologias no trabalho em saúde é possível observar que os trabalhadores dos cuidados paliativos encontram-se envolvidos, operando com muita frequência as tecnologias leves e transitam com facilidade em campos tão excluídos pela ciência como no caso da espiritualidade, religião, toque, envolvimento, afetividade.

Cassorla (2003) ao falar da necessidade de acompanhamento no momento “da passagem para morte” afirma que “tecnologia, máquinas e objetos concretos, frutos de nossa sociedade moderna, não são suficientes para que a humanidade viva melhor. Seres humanos não podem viver sem a ajuda de outros seres humanos, em todas as circunstâncias vitais, e principalmente, em momentos-chave, como a Morte”.

Gleizer (2005) ao escrever sobre Espinosa e a afetividade humana refere que para aquele filósofo, “o corpo humano é um indivíduo extremamente complexo, sendo composto de vários corpos, cada um dos quais também muito composto. Graças a essa complexidade, ele é apto a afetar e a ser afetado de diversas maneiras pelos corpos exteriores, sendo capaz de reter as afecções, isto é, as modificações nele causadas por essas interações”.

O trabalho executado pelos profissionais da equipe de CP, embora em uso de tecnologias leve-dura e dura, com muita frequência difere do dia a dia de tantos outros profissionais. Eles redescobrem novos espaços e ao reinventarem caminhos, fazem na realidade o que discutimos e idealizamos na atenção à saúde nos micro-espacos. Como diante do viver a autonomia do outro/paciente diante da morte, ao aceitar o direito deste participar e/ou direcionar seu processo de cuidado o profissional mais uma vez é posto diante de um desdobramento, ele busca resposta em perguntas não preparadas.

A dificuldade de presenciar a primeira morte e perceber a necessidade de respeitar não apenas a vontade do paciente, mas reconhecer o próprio limite do seu agir profissional, foi relatado por um dos profissionais. A dificuldade de deixar morrer, de saber que o uso de uma técnica, um procedimento, impediria a morte acontecer, respeitar o pedido do paciente e deixá-lo partir, entrar em confronto direto com a onipotência que pensa ter nas mãos. A onipotência de dar a vida - levar à morte.

Para deixar o outro decidir, é necessária disponibilidade, amadurecimento, compaixão, desprendimento de quem cuida e não disputar, um outro analisador que surgiu na pesquisa da Atenção Domiciliar a “disputa de planos de cuidados”.

Este analisador aponta que pode haver disputa no espaço do domicílio, disputa de conhecimento e ações entre o profissional e o paciente/pessoa ou entre o profissional e a família. No entanto, diante de casos que poderiam parecer disputa de plano de cuidado, a equipe de CP incorpora, acatada, realiza a sugestão/solicitação do usuário buscando verdadeiramente atender suas necessidades.

Mesmo com experiências profissionais anteriores estes profissionais não receberam preparação, seja nos locais de formação, seja nos espaços de trabalho de como lidar com este componente especial e comum que é o compartilhar, vivenciar relações, relacionamentos humanos diretamente interligados no trabalho que executam.

O despreparo para lidar com a “dor emocional”<sup>99</sup>, com o sofrimento do outro e com sua própria dor, é reflexo do modelo assistencial que ainda é empregado, o modelo biomédico newtoniano-cartesiano. Neste modelo o corpo é considerado uma máquina com suas peças analisadas e o papel dos profissionais que trabalham na saúde tem sido o de intervir física e quimicamente para consertar o defeito no funcionamento do mecanismo enguiçado. Nesta perspectiva a vida entendida globalmente não desperta interesse do modo científico de conhecimento que só se ocupa com o que é mensurável. Este padrão de pesquisa e trabalho em saúde tornou-se o único instrumento aceito como legítimo de compreensão da vida e de definição dos caminhos de organização da sociedade, desvalorizando as percepções oriundas dos sentimentos, da intuição, da inspiração poética e da vivência religiosa.

Ao centrar o cuidado no que a ciência informa, ao privilegiar e priorizar o uso de equipamentos, em detrimento ao conhecimento da complexidade de viver e sentir daquele a que se atende, este modelo deixa de incorporar o que individualiza, deixa de levar em consideração que o processo terapêutico é uma trama também de agir-sentir. Kóvacs (2003) cita Kubler-Ross quando esta última aponta como uma necessidade de desenvolvimento nos profissionais a compaixão, para todos os profissionais que trabalham na área da saúde, tendo a compaixão a capacidade de “curar” qualquer coisa. Kubler-Ross (1998) considera que “se pudessemos ensinar aos estudantes o valor da ciência e da tecnologia, ensinando a um tempo a arte e a ciência do inter-relacionamento humano, o cuidado humano e total ao paciente, sentiríamos um progresso real. Se não fosse feito mau uso da

---

99 Expressão utilizada por um dos profissionais entrevistados da equipe de Cuidados Paliativos da cidade de Londrina na pesquisa Implantação da Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS – Modelagens a partir de experiências correntes. Pesquisa e textos disponíveis no endereço: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/>.

ciência e da tecnologia no incremento da destruição, prolongando a vida em vez de torná-la mais humana”.

Além do preparo para trabalhar com este campo tão velho e tão novo utilizando técnicas de observação do outro, de oferta de enfrentamento para o outro, de caminhos para o outro vivenciar e ou sublimar suas questões de vida, é constante e primordial a necessidade de acompanhamento de profissional da saúde mental junto a equipe de CP.

O trabalho vivo em ato com a morte é a explicitação da possibilidade de incorporação de outro campo de tecnologias. O encontro de outros/pessoas nas relações.

### **O que foi destacado nas falas de algumas pessoas que trabalham com o processo de morrer?**

- Amizade
- Alegria
- Dor física e dor emocional
- Aprender a respeitar a vontade do paciente de querer morrer
- Vivenciar sentimentos, bons e outros não em relação ao paciente/pessoa
- Dificuldade para deixar morrer
- Compaixão, sofrimento, entendimento da morte
- Reconhecer limites, espiritualidade, gratificação
- Contato físico e envolvimento
- Estar com o outro no momento vulnerável e aprender
- Implicação
- Lidar com sofrimento do outro
- Pensar na própria morte

As expressões e impressões dos profissionais sobre a satisfação de trabalhar em um serviço que tem como objetivo cuidar no processo de morrer, a escolha por continuar:

*“Eu sei que eu gosto do meu serviço gosto de ajudar as pessoas, e eu não gosto de ver ninguém sofrendo! Eu acho que ninguém gosta! Então eu acho que cada vez que um paciente precisa de mim, eu me sinto bem com o meu serviço e saio muito bem por ele não precisar ir pro hospital.”(Pedro)*

*“(...) São 10 anos de profissão. Eu já passei por todos os lados e não tem comparação! Quando você tá ali do lado de um doente que tá morrendo a gratificação é muito maior. Você leva, sabe? Aquilo dele! Você tem um instante assim, o final-*

*zinho. Sabe assim, quando o ser humano ele fica tão aberto, tão assim vulnerável que você consegue assim descobrir tudo dele. É assim que ele fica, ele fica super vulnerável, fica um pedacinho de gente. Sabe? Com todos os defeitos, todas as qualidades. Então você consegue pegar isso dele e consegue aprender muito mais com essa mulher que tá com problema, que tá com depressão.” (Silvia)*

Uma via de mão dupla é criada e vivenciada sem que os construtores se percebam construtores construindo o caminho, em ato, ali naquele momento passos, corpo, tudo “**envolvimento**”.

O desnudar-se ocorre entre as pessoas que se relacionam. É claro que alguns mais e outros menos, como em tudo na vida. O usuário ao se mostrar vulnerável, ao se desnudar, provoca e força o desnudar do profissional, seja em que grau for, provocando e, quem sabe, sendo seu facilitador num processo de auto-análise.

Para Vasconcelos (2005) o trabalho em saúde enfrenta problemas complexos, carregados de múltiplas dimensões, em que o conhecimento científico tem respostas apenas para alguns aspectos e a razão é insuficiente para lidar com toda esta complexidade, exigindo também a intuição, a emoção e a acuidade de percepção sensível. Considerando que para cuidar inteiramente de uma pessoa é preciso estar presente como pessoa inteira, é preciso ter desenvolvido e integrado, em si, a dimensão racional, sensitiva, afetiva e intuitiva, sem o que a experiência de vulnerabilidade e dor dos pacientes tornar-se-á opressiva e sofrida, obrigando-os a se protegerem com uma série de mecanismos de defesa.

Esta modalidade de cuidado (CP), no interior de sua realização provoca re-visão no pensar o fator envolvimento, tão falado e excluído do cuidado a partir das escolas de formação e entrando nos espaços terapêuticos, onde a pessoa que se envolve não é vista como “profissional”.

*“Eu não pensei em me proteger (do contato com paciente), isso é um problema dele. A gente também encontra outros aí também. Porque eu acho que é um amigo que eu vejo. Ali eu não vejo um paciente só. Tanto que a amizade vem. Então é uma coisa, você procura se defender de um amigo?! É um contato permanente(...)” (Pedro)*

Para Foucault (ORTEGA, 1999) a amizade é a soma de todas as coisas mediante as quais se pode obter um prazer mútuo, e o fato de a amizade ter sido abandonada na modernidade foi causado por ela desempenhar tarefas sociopolíticas. No entanto, a amizade que existia na antiguidade era um tipo de relação insti-

tucionalizada, que não deixava espaço para experimentação, além de ser utilizada na coação, sistemas de tarefas e obrigações.

“A ética da amizade aponta para a intensificação da experimentação. A experimentação como fundamento ético concentra-se na percepção e no aumento do prazer próprio e do outro”.

“A formação de amizade poderia prevenir o trato instrumental e manipulativo em extensão. Poderia apresentar uma alternativa a vínculos tradicionais como o matrimônio e na ausência ou separação espacial da família e dos parentes..., com base na amizade são satisfeitas necessidades sem cortar a autonomia social e a independência que acaba de se ganhar. A amizade representa uma saída para o dilema entre uma saturação de relações surgidas da dinâmica da modernização e uma solidão ameaçadora.

Tanto por uma questão política quanto religiosa...

*“Ah, mudou bastante a maneira de pensar (sobre a morte) é que nem eu falei pra você, né?! (...) Depois que eu entrei no CP, que eu comecei a me envolver, (...) Porque tem certos pacientes que você acaba se envolvendo a partir do contexto todinho da família e da doença. Ai você acaba, você acaba se envolvendo e aí você acaba entrando no assunto do jeito que eles querem e na verdade eles sentem aquilo do jeito que eles querem.” (Mariana)*

*“(...) Mas antes eu tinha uma certa resistência com relação a deixar morrer. Eu entrei no CP eu acho que a 2 anos. Demorei 2 anos pra entender que nem todo paciente é possível fazer alguma coisa. (...) Que a minha característica pessoal de querer salvar todo mundo acabou se modificando, porque eu tinha assim uma necessidade, aquilo pra mim era uma coisa assim difícilima, não aspirar um paciente, não fazer alguma coisa enquanto ele tava ali ainda precisando de mim sabe? (...) Eu briguei muito com a minha consciência, com a minha espiritualidade com o meu profissionalismo, esse meu jeito de ser, pra poder lutar contra isso. Hoje eu deixo morrer, se precisar entendeu? Mudou minha visão um pouco quanto a isso! Não que eu não sofra com isso, sofro, mas ainda tô em aprendizagem, tô aprendendo com isso ainda. Mas me causa um “baque” bem grande quando eu perco um paciente...” (Silvia)*

*“(...) A morte, ela é assim pra mim... O que a gente tem falado... Você tem medo da morte? Não, eu não tenho medo da minha! Eu tenho medo das pessoas que eu gosto. Então assim, esse é o problema! Como as pessoas falam, “O pessoal da CP.. Ficam todos contentes quando o paciente morre. Ai que horror! Lá fica todo mundo alegre!” Mas gente, o sofrimento é tão grande, tão grande que realmente você fica aliviado quando o paciente vai a óbito! Eu fico com dó é*

*da família. É lógico! Mas quando ele vai a óbito não! Graças a Deus! Não pelo trabalho que ele deu ,mas pelo sofrimento como ser humano. A gente tenta diminuir o que a gente pode ,mas esse sofrimento da perda dos familiares, essa relação da equipe...A gente vai ficando muito próximo, não tem como você fazer cuidado paliativo sem se aproximar ,sem se envolver,sem se colocar no lugar...”(Mariana)*

Destaca-se um entregar-se. Como se a proximidade com a morte, mesmo do outro, este viver constante a vulnerabilidade e fragilidade humana, tocasse tanto que rompesse a linha verdadeiramente tênue entre o profissional e os outros em si. A morte e o processo de morrer operam aqui como revitalizadores da vida, das relações, da importância do contato humano.

Trabalhando com a morte e com o processo de morrer estes profissionais deparam-se com questões que continuam sendo marginalizadas pela grande maioria que resiste à reflexão sobre a finitude humana. No entanto, para eles esta questão é latente, pensar sobre a morte do outro provoca um desdobramento praticamente incontrolável sobre a sua própria condição de ser finito.

Os profissionais expressaram que consideram muito importante e primordial manter alegria e bom humor. Não como algo forçado, mas como expressão de vida, como necessidade, como momento de respiro para continuar a caminhar, entre as dores e os sofrimentos de quem cuidam, mas sem deixar de ter e cultivar a leveza.

### **Corpo sem Órgãos, Alegria e Morte**

Para Lins (2008) “sentir-se alegre, encontrar com a alegria é da ordem do encontro”, no entanto é difícil ficar feliz se a consciência for mantida. Para este filósofo “a alegria deve ser produtora da inconsciência e a pessoa perdendo a consciência perde os órgãos”. Perder os órgãos é ausência dos sistemas, é dar um tempo do corpo que é totalmente controlado pelo organismo. Neste caso, estão no organismo os afetos negativos, as tristezas e na presença deles é difícil ser feliz.

O papel da alegria não é negar a morte e sim conseguir, na realidade da morte “trabalhar o saber morte com o saber alegria”. “Pensar sobre a morte com afecções tristes é preguiça de ser feliz, de ser alegre”. A preguiça está presente porque a existência do outro prova que não estou sozinho, provoca reflexão já dada pela imprensa-imitação. “Pensar dói, mas o que mais dói é a alegria não ter a possibilidade de ganhar vida.”

“Alegria como bem social é produção de vida. Só alegria e desejo são revolucionários”. A alegria é uma construção social e desejante, a alegria não está dada, ela é uma conquista, uma construção.

Na construção do caminho, que se faz caminhando, o respeito às crenças do outro/paciente/usuário surge em muitas falas e, neste caso independe se o profissional pratica ou não alguma religião. A expressão de quem trabalha na equipe de CP refere-se ao respeitar o movimento desse outro e da “família” ou tentar oferecer algo que lhes faça sentido.

De posse de conhecimentos que a vivência lhes apresentou, ou agindo como gostariam que fizessem com eles, operam e carregam o respeito às crenças como dispositivo para ajudar no manejo/cuidado do doente e diminuição do sofrimento da família.

### **Destaques**

Como as equipes que vivem desterritorializações, se reterritorializam para viver este processo e continuam viver?

Estudar a morte rompe, provoca, possibilita externalizar rupturas com o correr manso da sociedade. A morte rompe com a situação e o lugar comum e esta fissura chama para a conversa a força revolucionária da alegria e a estética da existência com amizade. Quem sabe uma conversa entre Morte, Alegria e Amizade...

Seria o cuidado realizado com a morte o exercício maior de relações onde o poder não surge em sua totalidade? Visto que a pessoa que morre prova/experimenta a sua fragilidade e a pessoa que cuida prova da sua imortalidade? Diante deste cenário ou conversando com este cenário, estaria o poder sendo experimentado, vivenciado, vivido, em outros pontos de vista, outros olhares, ângulos de visão?

De posse da classificação das tecnologias ofertada por Merhy, podemos dizer que os profissionais, que trabalham com pessoas que tem a morte anunciada, operam não apenas, mas primordialmente, com as tecnologias leves, ou melhor, levíssimas, uma vez que relações, sofrimentos, alegrias, autoconhecimento a partir do viver com o outro, dor, angústia, compaixão, solidariedade, ofertar o corpo e a mente como instrumento do cuidado ao outro se exacerbam nestes profissionais, transformando, ou melhor, configurando esta oferta, este modo de assistir como substitutivo às práticas operadas pela lógica do cuidado centrado no modelo bio-médico.

Consideramos que a modelagem de cuidado no domicílio possibilita a criação de novas formas de viver a morte (morte-vida). O retorno da morte para o espaço domiciliar, ou a volta da morte para casa, além de possibilitar sua discussão em ambientes particulares, introduz e facilita o resgate da autonomia de quem vivencia os cuidados na morte anunciada.

O movimento de entrar na casa das pessoas demanda preparo diferente, demanda redescobrir um novo ser profissional, já que grande parte ainda continua a ser formada para a área hospitalar, com todas as “proteções”, desde o espaço físico à rotina previamente estabelecida.

A beleza da equipe de cuidados na morte reside na maneira corajosa com que vivenciam seus sentimentos e as novas experiências de autoconhecimento que trabalhar com a morte lhes tem proporcionado. O que para muitos é dor para eles não deixa de ser, mas eles entram em contato, vivem a dor externa e interna, e continuam ali observando, cuidando respeitosamente a pessoa que morre, e por que não dizer da morte.

O serviço de cuidado na morte nos informa de um modelo substitutivo no cuidar, na contramão do modelo médico hegemônico. Os profissionais entrevistados expressam, externalizam seu arsenal de ferramentas, e o que foi encontrado no grupo entrevistado, foi uma maneira harmoniosa de trabalhar cada ação executada.

Fazem do trabalho vivo em ato um complexo e denso espaço de viver a vida daqueles e com aqueles que cuidam, sem deixar de lado o trabalho morto que também utilizam. Os profissionais do cuidado paliativo encontram-se na fase de descobertas e redescobertas, diferente de grande parte dos profissionais que “residem” nos espaços hospitalares onde a morte além de fazer parte do cotidiano, continua sendo motivo de tristeza, insucesso e diante disto adotam afastamento e não cuidado como resposta.

Reconhecem e denominam a importância de respeitar os espaços do outro, o espaço autonomia, o espaço individualidade, o espaço alteridades, o espaço diferenças respeitadas, o espaço doméstico. Propõem-se a viver, aprender e apreender com a alegria, tristeza, sofrimentos, perdas, ganhos, novas amizades, novas perdas, novos ganhos, auto-conhecimento, reflexão, vivem a morte não se furtando a vida, sem a preocupação equivocada de auto-proteção. No processo de viver a morte do outro refletem sobre sua própria morte, suas fragilidades, vulnerabilidades, sua inserção profissional e no mundo, vão na busca do auto-conhecimento com movimentos na vida cotidiana.



O grupo de CP chamou atenção quanto à expressão frequente da vontade, do desejo, de continuar a trabalhar com este tipo de “paciente”, com pessoas “pacientes terminais”, que mesmo diante da terminalidade, a cada dia, a cada novo contato e experiência lhes trazem tanta e tanta renovada vida. Coletivamente produzem vida para estar junto a um possível processo de construção de uma boa morte.

### Referências:

- ARIÈS, Philippe. *História da Morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Ed. Ediouro, 2003.
- CASSORLA, Roosevelt Moises Smeke. Prefácio. In: Kóvacs, M.J. *Educação para a Morte - Temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo, FAPESP, 2003.
- CHACRA, Fernando. Metodologia Centrada na Primeira Pessoa na Experiência do Vínculo. In: Nelson Filice de Barros (org.) *Pesquisa Qualitativa em Saúde: Múltiplos olhares*, 1. ed., Campinas: Komedi/UNICAMP, 2005.
- DELEUZE, Gilles. *Espinosa: filosofia prática*. São Paulo: Escuta, 2002.
- ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- GALLI, Marcelo. *Filosofia: conhecimento prático*. Escala Educacional. São Paulo, n. 19, p 28-35, 2009.
- GIL, Gilberto. “Não tenho medo da morte”. *Banda Larga Cordel*, Preta Music/Gege Produções artísticas, 2008.
- GLEIZER, Marcos André. *Espinosa e a afetividade humana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.
- KÓVACS, Maria Júlia (coord.). *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- KÓVACS, Maria Júlia. *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo, FAPESP, 2003(a).
- KÓVACS, Maria Júlia. *Educação para a Morte-Desafio na formação de profissionais de saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, FAPESP, 2003(b).
- KÓVACS, Maria Júlia. *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- KUBLER-ROSS, Elizabeth. *Morte estágio final da evolução*. 2. edição. Rio de Janeiro: Ed. Nova Era, 1996.
- KUBLER-ROSS, Elizabeth. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. 8. edição. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LA ROCHEFOUCAULD, François. *Máxima 26* (1613-1680) Disponível em: [http://www.pensador.pt/autor/francois\\_la\\_rochefoucauld/](http://www.pensador.pt/autor/francois_la_rochefoucauld/)

LINS, Daniel. Palestra proferida “*A alegria como força revolucionária: Ética e estética dos afetos*”. Disponível em: <http://www.cpfcultura.com.br/video/daniel-lins-alegria-como-forca-revolucionaria-etica-e-estetica-dos-afetos>.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 2. edição, São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2002.

MORIN, Edgar. *O homem e a morte*. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1997.

ORTEGA, Francisco. *Amizade e estética da existência em Foucault*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1999.

PERSCH, Sérgio Luís. Algumas considerações acerca da representação moderna da morte e do corpo. *Cadernos do CEOM* (Centro de Memória do Oeste de Santa Catarina). Capecó: Argos, n. 16, 2002, p.11-44.

RIOS JÚNIOR, Jairo Soares. Formas de bem morrer: intimidade fúnebre em Serrote (memória de um mundo rural). *Cadernos do CEOM* (Centro de Memória do Oeste de Santa Catarina). Capecó: Argos, n. 16, 2002, p. 91-130.

SARAMAGO, José. *As Intermittências da Morte*. Rio de Janeiro: Ed. Companhia das Letras, 2005.

SHOPENHAUER, Arthur. *Metafísica do amor, metafísica da morte*. 2. edição. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

VASCONCELOS, Eymard Mourão (org.). *A Espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2005.

■.....**Magda de Souza Chagas** é Mestre em Ciências da Saúde, Pesquisadora da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde na pós-graduação em Clínica Médica da UFRJ, Experiência na área de Gestão em Saúde.

■.....**Emerson Elias Merhy** é professor aposentado da UNICAMP, professor colaborador da UFRJ, Coordenador da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde na pós-graduação em Clínica Médica da UFRJ. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Gestão e Planejamento Em Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: trabalho em saúde, medicina social, rede básica, gestão da mudança e gestão de processo de trabalho.