

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA
MESTRADO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA**

**A MORTE NA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA:
um estudo de caso**

JOSÉ PEDRO RODRIGUES GONÇALVES

Orientador: HECTOR RICARDO LEIS

Novembro/2007

JOSÉ PEDRO RODRIGUES GONÇALVES

**A MORTE NA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA:
um estudo de caso**

**Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado do Programa de Pós-Graduação
em Sociologia Política da Universidade
Federal de Santa Catarina.**

Orientador: HECTOR RICARDO LEIS

Novembro/2007

Ficha Catalográfica

G635m Gonçalves, José Pedro Rodrigues
A morte na Unidade de Terapia Intensiva: um estudo de caso [dissertação]
/ José Pedro Rodrigues Gonçalves — Florianópolis (SC): UFSC/CFH, 2007.
108p.

Inclui bibliografia.

Dissertação defendida na Pós-Graduação em Sociologia Política da
Universidade Federal de Santa Catarina.

1. Processo de Morrer – Comportamento. 2. Morte. 3. Sociologia –
Comportamento Social. 4. Unidade de Terapia Intensiva – UTI. I. Autor.

CDD 21 ed. – 174.24

Catalogado na fonte por Lidyani Mangrich dos Passos – CRB14/697 – ACB439.



Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Campus Universitário - Trindade
Caixa Postal 476
Cep: 88040-900 - Florianópolis - SC - Brasil
E-mail: ppgsp@cfh.ufsc.br

“A MORTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UM ESTUDO DE CASO”.

JOSÉ PEDRO RODRIGUES GONÇALVES

Esta Dissertação foi julgada e aprovada em sua forma final pelo Orientador e Membros da Banca Examinadora, composta pelos Professores:



Prof^o. Dr^o. Héctor Ricardo Leis
Orientador



Prof^a. Dr^a. Janice Tirelli Ponte de Sousa
Membro



Prof^a. Dr^a. Flávia Regina Souza Ramos
Membro



Prof^a. Dr^a. Cécile Hélène Jeanne Raud
Coordenadora

FLORIANÓPOLIS, (SC), DEZEMBRO DE 2007.

*Este trabalho é dedicado ao meu filho Thiago Joseh,
cujá luz se apagou em 22 de julho de 2000, mas deixou
em minha vida um novo rumo e uma nova razão para
viver - lutar pela vida.*

AGRADECIMENTOS

Não é possível deixar de agradecer em primeiro lugar a minha companheira de sempre, **Celina Maria**, que sempre foi uma luz a mostrar os melhores caminhos em minha vida. Foi ela que “descobriu” a Pós-Graduação em Sociologia Política e me incentivou a inscrever para a seleção. Graças à ela esta Dissertação de Mestrado tornou-se uma realidade, por isso, a gratidão permanente.

Aos meus filhos: José Pedro, Mônica Cristina, Luiz Alberto, Eduardo Luiz e Thiago Joseh, testemunhos permanentes de minha existência e garantias de minha genealogia.

Ao meu Mestre Hector Ricardo Leis, que me mostrou os caminhos demarcados e os trajetos quase invisíveis nas entrelinhas da sociologia.

À Professora Márcia Grisotti, pela grandeza do gesto em pontuar o meu lugar na sociologia e a referência mais adequada, indicando o meu Orientador.

Aos colegas do Grupo Alfa-Mestrado: Netanias, Márcia e Juliana, companheiros cotidianos das buscas, das dúvidas e dos incentivos mútuos.

À Professora Flávia, que, além de dirimir dúvidas na construção do Projeto, aceitou com carinho participar da Banca de Defesa de minha Dissertação.

Aos Professores da Pós-Graduação em Sociologia Política: Ricardo Müller, Julian Borba, Janice Tirelli Ponte de Souza, Maria Soledad Echeverry Orchard, Cécile Hélène Jeanne Raud e Erni José Seibel, que (quase) me transformaram em um sociólogo.

À todos – OBRIGADO!

José Pedro

“NENHUM HOMEM É UMA ILHA, QUE SE BASTA A SI MESMA. SOMOS PARTE DE UM CONTINENTE; SE UM SIMPLES PEDAÇO DE TERRA É LEVADO PELO MAR, A EUROPA INTEIRA FICA MENOR. À MORTE DE CADA SER HUMANO ME DIMINUI, PORQUE SOU PARTE DA HUMANIDADE. PORTANTO, NÃO ME PERGUNTEM POR QUEM OS SINOS DOBRAM: ELES DOBRAM POR TI.”

JOHN DOONE

(POETA INGLÊS DO FINAL DO SÉCULO XVI).

GONÇALVES, José Pedro Rodrigues. **A morte na Unidade de Terapia Intensiva: um estudo de caso**, 2007. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Curso de Pós-Graduação em Sociologia Política. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 108 p.

Orientador: Dr. Hector Ricardo Leis, Defesa: 18/12/2007

RESUMO

Esta pesquisa buscou descrever como é “o morrer” em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e explicar como esta morte condiciona os pacientes e impacta o trabalho dos profissionais de saúde. Foi realizada em uma UTI de adultos, no Estado de Santa Catarina. Adotou uma visão interdisciplinar que incorporou, em maior espaço, os aspectos sócio-antropológicos da morte e do morrer. A observação sistemática foi a técnica utilizada para a coleta de dados, possibilitando a identificação dos fenômenos e o acompanhamento do processo de morrer em cada momento de suas inseparáveis etapas. A influência da morte sobre o comportamento/sentimento da equipe foi percebida nas falas de interlocutores-chaves que vivenciam cotidianamente a morte na UTI, como parte de suas profissões. A análise dos dados foi ancorada na sociologia clássica weberiana e apoiada no pensamento foucaultiano para compreender as relações de poder que se estabelecem e se entrecruzam na UTI, aqui vista como um não-lugar, incorporando a percepção da sociologia e antropologia, especialmente em Augé. Estão presentes, também, alguns recortes da sociologia da técnica, sem deixar de lado a sociologia das emoções ao tratar do luto e da morte digna. A concepção de modernidade tardia de Giddens dá o referente da contemporaneidade, onde os valores consagrados são questionados pela incorporação tecnológica presente na UTI, que não discute nem percebe o ser humano, mas o corpo objetificado. A morte que acontece na UTI é como se fosse um desligamento silencioso da vida, uma saída “à francesa” sem despedidas. Não é como a morte domesticada descrita por Ariès, mas uma morte esquecida por todos, no isolamento do seu espaço/leito, com exceção dos que morrem passando mal e mobilizam a equipe para um embate com a morte tentando mantê-lo vivo. Não há outra forma de morrer: ou no silêncio da solidão ou no fragor da luta, na arena do embate quando a equipe é “derrotada”, permanecendo na interface cinzenta entre a luz e as trevas, entre vida e morte, até a consumação do fato. O doente em situação terminal é olhado no Panóptico da UTI, mas não é visto nem percebido por esses olhares da equipe de saúde. Os que deveriam olhá-lo, os que estão lá fora, seus familiares, parentes e amigos, só saberão de sua morte após o evento ter-se concluído. A morte por mim observada não é a única morte que acontece na UTI, outras mortes antecedem, desde a entrada na UTI quando ocorre o desligamento do doente do lugar social onde vive para ser colocado em um não-lugar. Sua identidade será um número no prontuário formalizando uma morte social. A sua relação com o outro será reduzida à uma espetacularização na tela do monitor onde os gráficos e números falarão por ele, ainda mais quando sedado e intubado. Ocorre, assim, o que chamo de morte familiar, pois para muitas famílias ele já está praticamente morto, pois não pode conversar, apenas olhar, acariciar e monologar no sussurro quase choroso do desespero.

Palavras Chaves: Morte. Unidade de Terapia Intensiva. Atitude frente à morte.

GONÇALVES, José Pedro Rodrigues. **The death in an Intensive Care Unit**: a case study, 2007. Dissertation (Master in Political Sociology) – Post Graduation Course in Political Sociology. Universidade Federal de Santa Catarina (Federal University of Santa Catarina), Florianópolis. 108 p.
Supervisor: Dr. Hector Ricardo Leis, Defense: 18/12/2007.

ABSTRACT

This study sought to describe how “death” is in an Intensive Care Unit (ICU) (*Unidade de Terapia Intensiva - UTI*) and to explain how death conditions the patients, as well as impacts the work of health care professionals. The study was carried out in an ICU in the state of Santa Catarina, Brazil. It adopted an interdisciplinary perspective which incorporated to a greater degree the socio-anthropological aspects of death and dying. The technique utilized for data collection was systematic observation, making it possible to identify phenomenon and accompaniment of the death process in each moment of its inseparable stages. The influence of death on team behavior/sentiment was perceived in the speech of key speakers who lived death as a daily part of their professional practice in the ICU. The data analysis was anchored in classic Weberian sociology and supported by Foucault thinking in order to comprehend power relationships that are established and mix together in the ICU, seen thus as a non-place, incorporating such sociological and anthropological perception, especially in Augé. Some extracts of the technique of sociology are present here, without ignoring the sociology of emotions when dealing with grieving and dignified death. Giddens’ conception of delayed modernity gives reference to contemporarily, where consecrated values are questioned through the incorporation of technology present in the ICU, which does not discuss or perceive the human being, but an objectified body. Death which occurs in the ICU is like a silent disconnection from life, a “French” exit with no goodbyes. It is not like the domesticated death described by Aries, but a death forgotten by all in the isolation of their space/bed, with the exception of those who die under duress and thus mobilize the team in a conflict with death, attempting to keep the patient alive. There is no time or way to die: either there is silence of solitude or the din of a fight in the arena of such conflict when the health care team is “beaten”, remaining in the grey interface between the light and the darkness, between life and death, until the fact is consummated. The terminally ill are observed in the Panopticon of the ICU, but is not seen nor perceived by these glances from health care team members. Those who should see them, those who are outside, their family members, relatives, and friends will only learn of the patient’s death after the event has passed. Death as observed by the author is not the only death which occurs in the ICU. Other deaths come before it, since entering the ICU, the patient is disconnected from the social place in which they live and placed in a non-place. His/her identity will be a number on a hospital chart, formalizing a social death. His/her relationship with others will be reduced to a spectacularization on the monitor screen where graphs and numbers will speak for him/her, all the more when sedated and on life support. Thus, what I call familiar death occurs, for to many families the patient is practically dead already, without the ability to converse; just able to look, caress, and monologue in a desperate almost crying whisper.

Keywords: Death. Intensive Care Unit. Attitude facing death.

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1- Aprovação no Comitê de Ética da UFSC.....	101
Anexo 2- Consentimento Livre e Esclarecido.....	102
Anexo 3- Planta Baixa da UTI estudada.....	104
Anexo 4- Quadro de Anotações da UTI.....	105
Anexo 5- Protocolo de Morte Encefálica.....	106

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
CAPÍTULO 1- A MORTE: MÚLTIPLOS OLHARES	15
1.1 O olhar de alguns autores.....	15
1.2 O foco do meu olhar.....	23
CAPÍTULO 2- ABORDAGEM TEÓRICA E METODOLÓGICA.....	29
CAPÍTULO 3- O LUGAR DA MORTE	36
3.1 O nascimento do hospital.....	36
3.2 História da UTI.....	37
3.3 O cenário.....	38
3.4 O ritual da visita.....	44
CAPÍTULO 4- REFLEXÕES SOBRE A MORTE	52
4.1 Os profissionais da UTI diante da morte.....	52
4.2 A morte e o processo de morrer na UTI.....	57
4.3 As mortes que assisti.....	67
4.4 O sentimento da equipe.....	73
4.5 A morte digna.....	77
4.6 O luto.....	80
4.7 O Panopticon.....	83
4.8 UTI: um não-lugar e seus ocupantes.....	85
4.9 Os cyborgs.....	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS.....	96
ANEXOS.....	101

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A dificuldade de se ter um único significado para morte faz parte da própria história da morte e do morrer. A primeira questão que se apresenta é – *por que estudar a morte?* O que leva alguém a estudar a morte como tema de investigação, já que a morte é um tema do qual a maioria foge, um tema proibido, algo em que não costuma ser objeto de reflexão?

Todos nós sabemos que os vivos, sejam eles quais forem, têm inscrito em si mesmo a certeza, a única e verdadeira certeza, o inexorável caminho em direção à morte. Nascer e morrer constitui uma dualidade inextrincável, definitiva, cuja compreensão tem sido objeto de preocupação de todos os pensadores em algum momento de suas vidas. Na trajetória humana esta preocupação torna-se de extrema relevância, pois somos os únicos seres vivos que têm consciência da sua própria morte, que têm consciência de sua finitude, embora não tenhamos idéia do momento, do quando ou como isso irá acontecer. É este não saber que implica em uma angústia, uma incerteza que amedronta, que deixa ansioso e que coloca a morte entre os temas que se discute pouco, especialmente quando há alguém doente no contexto.

Como profissional médico, atuando na área da saúde há mais de 30 anos, por diversas vezes presenciei e/ou acompanhei o momento da morte de doentes, amigos e familiares. Esta foi sempre uma situação difícil, que, muitas vezes, nos faz refletir sobre o valor da vida e da morte, assim como, de que forma cada pessoa percebe e vivencia essas duas situações contraditórias e, ao mesmo tempo, inseparáveis - valor da vida e valor da morte.

Além da minha vivência profissional, passei pela experiência pessoal de perder um filho que morreu de forma trágica aos doze anos de idade, o que me levou, também, a refletir sobre o assunto. É em momento como este que os saberes sobre a morte, mesmo originados através da ciência, mesmo que formalizados nos preceitos da academia, tornam-se absolutamente incapazes de explicar, de nos fazer entender que a morte não é simplesmente a parada de funcionamento de uma máquina chamada corpo.

Existe muita coisa para além do formal, do acadêmico, do científico, daquilo que tem sido aceito e entronizado como conhecimento científico, que não dá conta de retratar, de conter em si e em sua epistemologia tudo o que o sentimento humano vivencia no instante em que perde uma pessoa querida, especialmente no meu caso em que o transcurso da natureza

foi transgredido, já que historicamente ou, pelo menos, naquilo que Durkheim (1978, p. 381) chamou de representações coletivas, em que *“filho enterra pai, mas pai não enterra filho”*. O evento “morte de um filho” viola esse referencial durkheimiano e pode levar à inconformação, à não aceitação do fato e à revolta. É necessário compreender esse fato social escamoteado pelo medo que temos de falar, de discutir e de, até, imaginar a nossa morte, de familiares ou de pessoas que estão sob os nossos cuidados. Falar sobre o tema, então, pode ser uma estratégia que permite o enfrentamento e a superação do sofrimento, do medo, da impotência e das várias dimensões que estão envolvidas nesse evento.

Neste momento em que estou cursando pós-graduação, surgiu a oportunidade de aprofundar o meu estudo sobre a temática, em diferentes disciplinas do conhecimento humano e propor uma investigação científica sobre o tema. A finalidade desta investigação é tentar contribuir para a análise da questão da morte em instituições hospitalares da sociedade contemporânea, de modo que seja possível aprofundar o conhecimento sobre alguns dos aspectos que a cercam, tomando como ponto de partida as situações empíricas identificadas em um Estudo de Caso, numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

A opção por este cenário de estudo e por esta temática de pesquisa deveu-se a minha experiência profissional e social em que a UTI constitui-se no lócus mais emblemático sobre a proximidade da morte. Nesse setor de internação hospitalar a vida e morte convivem lado-a-lado e, nele, a equipe de saúde trava uma luta cotidiana tentando garantir o viver contra o morrer. Assim, tentarei compreender o que é essa morte que acontece na UTI, de que modo ela se apresenta e como influencia a equipe que ali trabalha.

Este trabalho é um estudo de caso, fruto de uma observação sistemática feita numa UTI de adultos que atende, também, doentes do Sistema Único de Saúde (SUS). Está dividido em quatro capítulos, no primeiro faço a aproximação com a temática, tratando de como a morte era ritualizada em vários momentos da história humana, partindo das pesquisas de Ariès (1989) até as observações de pesquisadores contemporâneos. Apresento, também, o foco do meu olhar baseado na experiência como profissional de saúde e docente de faculdade de medicina, minhas inquietações, a questão de pesquisa que busco responder e os objetivos propostos para o estudo.

No segundo apresento a abordagem teórica e metodológica que sustentaram a investigação. No terceiro, descrevo o local de estudo, o hospital e a UTI, fazendo um resumo do nascimento desses lugares. Em seguida apresento o cenário onde foi feita a observação e a

dinâmica própria que se desenrola na UTI durante o encontro cotidiano entre o doente grave que está internado e seus familiares, que chamei de ritual da visita.

No quarto capítulo apresento as reflexões sobre a morte, partindo da visão obtida na observação dos doentes, na observação do processo de morrer de alguns doentes e da percepção de como isso reflete no trabalho da equipe de saúde. Neste capítulo apresento, também, as reflexões de autores que tratam de aspectos teóricos da morte, do luto e apresento minhas reflexões sobre a UTI enquanto um não-lugar, na visão da antropologia e de um espaço de controle e dominação, a partir da visão foucaultiana de disciplina.

Além disso, introduzo uma abordagem ancorada na sociologia da técnica, tentando mostrar alguns aspectos da modernidade onde emerge uma interface entre corpo doente e tecnologia. Finalmente apresento a morte que vi e que descrevi, tentando mostrar esse evento da forma mais clara possível.

CAPITULO 1

1 A MORTE: MÚLTIPLOS OLHARES

1.1 O olhar de alguns autores

Morte é uma palavra que, simbolicamente, provoca certa repulsa e afastamento de sua discussão como tema. Entretanto, Valls (2002, p. 1) afirma,

A filosofia já foi considerada, no passado, o aprendizado da morte. Desde Sócrates, filósofo era aquele que sabia morrer. Função da filosofia seria preparar-nos para uma 'boa morte', e o termo grego genérico, no caso, era mesmo 'eutanasia'. Supunha-se que aquele que sabe morrer aprendeu a viver, e assim a vida e a morte se iluminavam reciprocamente.

A filosofia mudou, deixou de ser o aprendizado da morte para se tornar um estudo que se caracteriza pela intenção de ampliar incessantemente a compreensão da realidade, tentando apreendê-la na sua totalidade. Para isso, esse estudo exige que a ciência e a técnica devam tornar-se suficientemente amadurecidas para se constituam como disciplina. As idéias, que eram objeto da filosofia e que surgiam do confronto de diversos conceitos técnicos, políticos ou científicos, tornaram-se mais abundantes a partir de um determinado grau de desenvolvimento, o que exigia a incorporação de outras disciplinas para que se pudesse compreender de uma forma mais abrangente essa diversidade de conceitos (SIERRA, 2007).

Dessa forma, a filosofia que nasce como o estudo que, entre outras coisas, preparava o sujeito para o bem morrer, ampliou-se e deixou a questão da morte também para outras ciências. Tomando como base esta idéia inicial da filosofia, tentarei discutir a morte buscando compreender tanto o seu significado cientificamente comprovável, ou seja, a sua assunção como fato definitivo, o morrer humano, também enquanto um objeto simbólico, como representação de um fim em si mesmo e, indo além, incorporando os olhares da sociologia e da antropologia.

Antes, entendo ser relevante apresentar a história da morte no ocidente, especialmente sob o olhar de Ariès (1989), que a detalha de uma forma seqüencial e temporal, mostrando

como a morte era percebida no seu processo histórico-social. Ariès começa falando da morte dos cavaleiros da canção do gesta¹ ou dos mais antigos romances medievais.

De acordo com Ariès, esses cavaleiros eram avisados de sua morte, pois não se morria sem antes ter sido avisado disso, do contrário a morte seria terrível, como a morte pela peste ou a morte súbita. Este aviso era feito de forma natural, através de sinais ou por convicções íntimas. Esta forma de conhecer antecipadamente a chegada da morte está presente em vários romances e outros textos no decorrer da história. Em D. Quixote, no século XVII, em Memórias, de Saint-Simon, já no século XVIII. Ariès (1989) ainda cita que era desse mesmo modo que se passava na França racionalista e romântica do século XIX.

A morte não era contestada, nem se tentava fugir dela, como hoje. Ela era aceita sem precipitações nem atrasos, como fala Ariès (1989, p. 22), “precisamente como convinha, morriam cristãmente” obedecendo a um ritual consagrado, embora de maneira simples.

Esse mesmo autor descreve o ritual para morrer e utiliza como exemplo a morte de Lancelot, herói do Romance da Távola Redonda, que obedeceu aos antigos costumes, gestos e ritos para aguardar a morte. Este personagem retirou a sua armadura antes de se deitar no chão, cruzou os braços sobre o peito e voltou sua cabeça para o Oriente. O mesmo ritual foi repetido durante vários séculos e reproduzido nos testamentos – “jazendo no leito, doente” (ARIÈS, 1989, p. 22).

Aguardar a morte no leito, deitado, era uma atitude prescrita pelas liturgias do século XIII em que,

‘O moribundo’ diz o bispo Guillaume Durand Mende, ‘deve deitar-se de costas a fim de que o rosto fique voltado para o céu’. Esta atitude não é igual à dos judeus, conhecida por descrições do Antigo Testamento: os judeus voltavam-se para a parede para morrer (ARIÈS, 1989, p. 22).

Alguns rituais eram mais elaborados, certamente isso tinha alguma relação com sua posição social, como é o caso do funeral de Roland, discípulo e companheiro de Carlos Magno, em que precedida de lamentações sobre a vida desse herói lendário, é entoada uma oração composta de duas partes: na primeira onde é expiada a culpa e pedido o perdão de

¹ Considerada uma das primeiras formas de expressão literária em língua francesa, a Canção de Gesta surgiu, na visão dos especialistas, entre meados e fins do século XI, muito embora os mais antigos textos conservados datem do século XII – o manuscrito de Oxford, da Chanson de Roland, é de cerca de 1150. São poemas de caráter épico, narrando as aventuras de guerreiros cristãos em luta contra os infiéis muçulmanos ou combatendo-se uns aos outros, ou ainda enfrentando o rei da França (ARIAS, 2005, p. 13).

Deus. A segunda parte dessa oração era o momento quando se recomendava a alma do morto (ARIÈS, 1989).

Também nos Romances da Távola Redonda encontra-se uma explicação para a extrema-unção de nossos dias, pois “dá-se aos moribundos o *Corpus Christi*. A extrema-unção estava reservada aos clérigos e era dada solenemente aos monges na Igreja” (ARIÈS, 1989, p. 23).

As conclusões de Ariès é que a morte é esperada no leito e se trata de uma cerimônia pública organizada pelo próprio moribundo que conhecia o protocolo e deveria presidi-la, conforme descreve – “Quando alguém cai doente, fecha-se a casa, acendem-se as velas e toda a gente se reúne em volta do doente” (PETER, 1967 apud ARIÈS, 1989, p. 24).

Quando os médicos dos finais do século XVIII descobriram as regras da higiene passaram a questionar esse fato. Paradoxalmente ao que ocorria no século XVIII, quando a morte era uma cerimônia pública, hoje ela se torna proibida ou, pelo menos, escamoteada, mesmo em família. Entretanto os médicos, desde então, já se colocavam contra esta publicização do morrer alegando problemas de higiene. Foucault (1984) explica que passou a haver uma preocupação com a proximidade dos mortos que, entre outras coisas, poderia provocar uma infecção causada pelo cemitério, o leite talhava imediatamente, a água apodrecia etc., provocando um verdadeiro pânico urbano característico deste cuidado, desta inquietude político-sanitária que se formava à medida que se desenvolvia o tecido urbano. Para estabelecer um controle sobre esses fenômenos, os políticos e os médicos passaram a adotar medidas de intervenção para tranquilizar a população das cidades, particularmente a burguesia. Trata-se do modelo médico e político da quarentena.

Mesmo no século XIX esse costume ainda podia ser visto, quando o cortejo do sacerdote com o viático, que é o sacramento da Eucaristia ministrado aos enfermos impossibilitados de sair de casa ou aos moribundos (FALCÃO, 2007) e que era acompanhado pelos transeuntes, mesmo se não tivessem nenhuma relação com o doente. Todas essas pessoas poderiam entrar no seu quarto. Até mesmo as crianças deveriam participar desta cerimônia.

Muitos povos, como os russos e os tártaros admitiam a morte e se preparavam com antecedência para a sua chegada, fazendo o testamento e distribuindo os bens para cada membro da família, sem nenhuma aflição, como se estivessem apenas fazendo uma mudança.

Para Ariès a morte é um fenômeno imutável. Diz ele:

Num mundo submetido à mudança, a atitude tradicional perante a morte aparece como uma massa de inércia e de continuidade. A atitude antiga, em que a morte é simultaneamente familiar, próxima e atenuada, indiferente, opõe-se muito à nossa, em que a morte provoca medo, a ponto de nem ousarmos dizer-lhe o nome. Por isso eu designarei aqui esta morte familiar como a *morte domesticada* (ARIÈS, 1989, p. 25).

Essa morte “domesticada” descrita por Ariès sofreu muitas mudanças no decorrer da história, o que é confirmado por Carvalho (1996) quando afirma que,

ao longo da história do homem foram sendo identificadas diferentes maneiras de lidar com a morte e o morrer. [...] Houve um tempo em que a morte se passava nos campos de batalha ou na casa do moribundo, presenciada por todos que lá viviam, inclusive as crianças. Havia a oportunidade de um contato com aquele que estava morrendo, como também daquele que estava morrendo com seus circunstantes. Era possível que fossem dadas as últimas determinações e expressos os últimos desejos. A morte não era um acontecimento estranho a ninguém. Era parte integrante da vida (CARVALHO, 1996, p. 36).

Hoje a morte não ocorre mais dessa maneira. Ela já não é mais uma morte assistida e compartilhada não só pela família, mas também pelos vizinhos, amigos e até os passantes que nem conhecem o moribundo, conforme vimos em Ariès. Para alguns autores, a morte foi transformada em um evento institucionalizado, proibido aos familiares e amigos. Uma pesquisa feita nos Estados Unidos, (Nuland, 1995 apud LEIS, 2003, p. 344), mostrou que a morte foi apropriada pelos médicos já que “morrem atualmente em hospitais mais de 80% da população, sendo que, na década dos 50 deste século, esse número não chegava a 50%”. Leis afirma ainda que “nas cidades modernas, quase ninguém morre em sua casa (a maioria das exceções é por acidente ou morte súbita)”.

No entender de Carvalho (1996, p. 36) um “corpo é algo profundamente incômodo”, por isso utilizam-se muitas formas de se evitar que ele seja visto, porque isso pode nos remeter à nossa própria finitude e, pensar na própria morte, é algo que incomoda muito as pessoas. Para não ser incomodado, interna-se o doente e se livra dos problemas do corpo. Talvez essa seja uma das razões para que a morte nos dias de hoje seja institucionalizada, hospitalizada. O doente terminal acaba morrendo em alguma UTI. Entretanto um fenômeno que está fora das cogitações do imaginário das pessoas, fora de sua esfera subjetiva, a esfera econômica, tem forçado os hospitais a dar alta aos casos sem possibilidades de sobrevivência a fim de que morram em casa, por medida de economia. Até que ponto isto representa uma possibilidade de retorno da morte no espaço domiciliar? Só uma outra pesquisa sobre este

fenômeno poderá responder à esta indagação, mesmo porque não faz parte do objeto desta pesquisa.

Para Boemer (1998, p. 3) a hospitalização para morrer é um “ritual para tentar ocultar a morte” e “reflete uma ideologia da instituição – local para a cura, para a saúde, não havendo espaço para o morrer”. Carvalho (1996, p. 37) descreve esse fato afirmando que “sempre me surpreendeu a forma pela qual o morto é tratado dentro da instituição hospitalar. Uma vez ocorrida a morte, o cadáver é transportado para o necrotério de forma que ninguém possa vê-lo”.

Este autor observa, ainda, o comportamento dos médicos no hospital, quando um doente é considerado sem chances de sobrevivência por falta de possibilidades terapêuticas. Isso produz como consequência uma diminuição das visitas do médico. Afirma ele:

é o exercício prático da conhecida expressão ‘não há mais nada a fazer’, mas é também a evitação do contato com a morte, testemunho do fracasso do médico e de sua prática dentro do enfoque que fomos desenvolvendo, sobretudo ao longo dos dois últimos séculos, em que a função do médico e da medicina passou a ser a de manter o paciente vivo a qualquer custo (CARVALHO, 1996, p. 37).

Para Leis (2003, p. 35) a “morte não é um problema técnico, não é algo a ser superado, mas, ainda que isto não seja reconhecido explicitamente pelos teóricos da reflexividade, será que eles podem considerar coerentemente alguma outra hipótese?” Esta dúvida do autor nos remete a uma outra preocupação – sob qual referencial teórico estudar a morte? Tem-se como premissa que o referencial em que a Medicina ancora sua produção teórica está geralmente baseado em pressupostos positivista-cartesianos que dificultam uma análise onde a subjetividade possa se manifestar.

O fenômeno da morte vem perdendo seu poder de evocação sobre o imaginário social de forma gradativa, tornando-se uma característica do Ocidente e esta baseada no paradigma científico-racional (SOUZA, 2005). Então, como analisar a morte sem considerar estes aspectos que fundamentam os comportamentos diante de um evento que toca profundamente os sentimentos das pessoas?

De certa forma Leis (2003, p. 350) responde à esta inquietação quando afirma que:

[...] num mundo secularizado, a morte não pode ser o começo de nada, tal como acreditavam os primitivos. Neste caso, a atitude mais ‘reflexiva’ só pode ser seqüestrar a experiência da morte, tirar dela tudo o que impeça ampliar indefinidamente os confins da vida (em outras palavras, legitimar as salas de terapia intensiva).

Essa legitimação da UTI na modernidade, cuja manifestação mais comum é a tentativa de “prolongar a vida” a qualquer custo, muitas vezes sem o consentimento do doente ou da família, ou sob a justificativa da possibilidade de recuperação, só teria sentido se essa “vida” não garantisse apenas a manutenção do sofrimento do chamado sujeito do cuidado. Então, cabe questionar se, no caso, seria sujeito ou objeto?

Esta intervenção tecnológica no mundo da vida, especialmente onde ela se aproxima do momento da morte, seria uma revogação de toda tradição que, ainda, percebe, ou aceita a sacralidade da vida. Esta atitude mais reflexiva de que fala Leis é mais bem explicada por Giddens (1991, p. 45) quando diz que,

[...] a reflexividade da vida social moderna consiste no fato de que as práticas sociais são constantemente examinadas e reformadas à luz das práticas, alterando assim constitutivamente seu caráter. [...] Em todas as culturas, as práticas sociais são rotineiramente alteradas à luz de descobertas sucessivas que passam a informá-las. Mas somente na era da modernidade a revisão da convenção é radicalizada para aplicar (em princípio) a todos os aspectos da vida humana, inclusive à intervenção tecnológica no mundo material.

Aplicar essa revisão a todos os aspectos da vida humana, como quer Giddens, inclui aí o próprio fim da vida, ou seja, a morte. Então, Leis está com a razão, seria a legitimação da terapia intensiva, mais do que isso, seria adotar como regra absoluta o chamado “encarniçamento terapêutico”, distanásia, tratamento fútil, ou seja, manter o doente vivo a custo de uma parafernália tecnológica, em uso em muitos hospitais, para “garantir” um viver que não tem condições, de modo algum, de realizar as múltiplas dimensões da vida. E uma dessas múltiplas dimensões é a morte. Nem mesmo com o “encarniçamento terapêutico”, a modernidade não conseguiu abolir a morte, obviamente – “somos tão mortais como éramos no início da ordem humana” (BAUMAN, 1998, p. 194).

Apesar das mudanças sociais que levaram ao que Bauman chama de pós-modernidade, e Giddens de segunda modernidade, terem trazido grandes avanços na luta contra a morte, não poderiam extinguir o que Bauman chama de “causa de todas as causas”, a própria e inata mortalidade humana, nem impedir que elas ocorram. Entretanto, algumas vezes assistimos muitos profissionais da medicina tentando desafiar essa afirmação, acreditando poder vencer a morte.

O discurso prescritivo e proscritivo da medicina fazem com que não pensemos tanto na morte, assim ela desaparece de diante de nossos olhos (até porque acabou sendo confinada

nas instituições hospitalares), mas ela está cada vez mais próxima de nós em nosso cotidiano, apesar de invisível e impensada. Mesmo que a mídia faça uma constante e permanente exposição da morte e do morrer, acaba por torná-la um fato desimportante, banal, que, de tanto ser exposta, dessensibiliza as pessoas, despojam-nas de seus sentimentos com relação à morte. Como consequência, a morte perde seu valor, perde relevância, assim, matar e morrer deixa de existir e se esconde na clareza do olhar de todos.

Souza (2005) explica que a morte é transfigurada para que possa ser apresentada pela mídia. Essa transfiguração acontece por meio de um processo de manipulação que usa várias técnicas, transformando a notícia em espetáculo. Embora espetaculizada, o medo da morte subsiste apesar disso, agora um medo subliminar, sub-reptício, camuflado, escamoteado na falsa coragem e, também, na (im)provável garantia da medicina que intenta dar uma “proteção” contra a morte.

Por que um fenômeno que faz parte da vida, conforme afirmou Carvalho, produz tanto medo, preocupação, fuga, etc. nos seres humanos? Afinal, o que é a morte?

Tentei encontrar uma definição que pudesse dar conta de exteriorizar o significado mais amplo da morte, mas o que foi encontrado ainda é pouco para dizer da sua complexidade, dessa mistura de mito, medo, sentimento e aversão, que se completa na finitude da vida. No Dicionário Aurélio (FERREIRA, 1965, p. 443), a morte é definida simplesmente como “o ato de morrer; o fim da vida animal ou vegetal”. Nada mais simplificador.

Bueno (1988, p. 2536) explica o significado etimológico de **morrer**, que é um verbo intransitivo que significa “perder a vida, falecer, deixar de existir”. Origina-se do latim vulgar: *morere*, forma paralela de *morire* que está no italiano e francês.

No latim clássico: *mori*, deponente. A reduplicação da vibrante *r* *morrer* vem explicada pela formação do futuro: de *morerei* pela síncope da vogal *e* antetônica. Esta forma do futuro *morrei*, influiu no infinito *morer* dando-lhe a feição atual de *morrer*. (BUENO, 1988, p. 2536).

Para Morin (1997, p. 33),

[...] a idéia da morte propriamente dita é uma idéia sem conteúdo, ou melhor, cujo conteúdo é o vazio sem fim. Ela é a mais vazia das idéias vazias, pois seu conteúdo é o impensável, o inexplorável, o ‘não sei quê’ conceptual que corresponde ao ‘não sei quê’ cadavérico.

Para ele,

[...] o horror da morte é a emoção, o sentimento ou a consciência da perda de sua individualidade. Emoção-choque, de dor, de terror ou horror. Sentimento

que é de uma ruptura, de um mal, de um desastre, isto é, sentimento traumático. Consciência, enfim, de um vazio, de um nada, que se abre onde havia plenitude individual, ou seja, consciência traumática. (MORIN, 1997, p. 33).

Com escapar dessa consciência traumática, desse horror, ou, pelo menos, minimizá-lo? Talvez criando um mito de uma outra existência, de uma outra vida para além da nossa compreensão. É o que fala Elias (2001, p. 7), o “fim da vida humana, que chamamos de morte, pode ser mitologizada pela idéia de uma outra vida no Hades ou no Valhala, no inferno ou no Paraíso”.

Uma outra forma de explicar o mesmo fenômeno é apresentada por Schramm (2002) ao afirmar que “morte, finitude” e, acrescenta ele, “vulnerabilidade” são características próprias, ou ontológicas, dos sistemas vivos. Para ele, esses sistemas são jogados no mundo e situados no tempo, razão porque se submetem à processos irreversíveis que inclui o nascer, o crescer, o decair e o morrer.

Em seu trabalho sobre o morrer e a morte na sociedade contemporânea, Rodríguez (2002, p. 67) questiona o que é a morte: “*La muerte puede asumirse como la conclusión del proceso vital*”. Sua resposta assume a mesma inconclusão que encontrei em minha busca que,

[...] a morte para os seres humanos tem sido motivo para indagar não só sobre ela, mas também para nos aventurarmos a explorar o que poderia existir depois de terminada a vida tal como a conhecemos. De fato, o culto aos mortos incorpora em suas múltiplas possibilidades, um significado de imortalidade, pois se apóia na convicção de que este ser que já não está neste mundo vive ou está em outra dimensão. (RODRÍGUEZ, 2002, p. 67) (Tradução minha).

Morin, examinado o que chama de sociologia da morte, propõe um novo ângulo de visão na sua discussão ao explicar que:

[...] a sociedade funciona não apenas apesar da morte e contra a morte [...]mas que ela só existe, como organização, por, com e na morte. A existência da cultura, isto é, de um patrimônio coletivo de sabedores, habilidades, normas, regras de organização etc., só tem sentido porque as antigas gerações morrem, e é preciso transmiti-la incessantemente às novas gerações. Ela só tem sentido como reprodução, e este termo de reprodução adquire seu sentido pleno em função da morte. (MORIN, 1997, p. 10).

Assim é que tentar definir a morte faz parte da própria história da morte e do morrer.

1.2 O foco do meu olhar

A minha experiência tem demonstrado que a morte não tem sido uma temática freqüente nos cursos de medicina, embora seja, na maioria das vezes, o médico, o sujeito responsável pela sua confirmação. Assim, o médico passa a ser, de certa forma, o sujeito responsável pela morte, embora não seja responsabilizado, com algumas exceções, pelo morrer.

O médico – coadjuvante da morte - não tem na sua formação um aporte de conhecimentos teóricos que permitam justificar esta sua condição de sujeito dela. O que lhe garante e legitima esta função é exatamente o seu oposto, a vida. A morte é constatada quando a vida não está presente. Pelo menos tem sido esta a prática no cotidiano. Mas vejamos o que diz um especialista nas questões éticas e jurídicas que permeiam esta discussão:

A morte, como elemento definidor do fim da pessoa, não pode ser explicada pela parada ou falência de um único órgão, por mais hierarquizado e indispensável que seja. É na extinção do complexo pessoal, representado por um conjunto, que não era constituído só de estruturas e funções, mas de uma representação inteira. O que morre é o conjunto que se associava para a integração de uma personalidade. Daí a necessidade de não se admitir em um único sistema o plano definidor da morte. (FRANÇA, 2006, p. 1).

Se, como diz França (2006), a morte não é explicada apenas pela cessação do funcionamento dos órgãos, deve-se ir além da manifestação do movimento dos fluidos orgânicos, localizados na dimensão percebida clinicamente. Ele aponta o caminho - “O que morre é o conjunto que se associava para a integração de uma personalidade. Daí a necessidade de não se admitir em um único sistema o plano definidor da morte” (FRANÇA, 2006, p. 1).

Como admitir, então, ir além de um único sistema, se a formação médica, em grande maioria, senão em sua totalidade, é construída no paradigma disjuntivo, unidimensional, linear e não sistêmico? O que França cobra não é possível ser atendido sem uma mudança paradigmática na formação médica e de outros profissionais, especialmente os da saúde.

A Associação Médica Mundial (AMM) - emitiu uma declaração, em 1968, que ficou conhecida como Declaração de Sidney, na qual assume que:

A dificuldade é saber se a morte é um processo gradual a nível celular, com variações na sua capacidade de substituir a privação de oxigênio. O interesse clínico não fica no estado de preservação celular isolada, mas no destino do ser humano. Aqui, o conceito de morte de diferentes células e órgãos não é

tão importante como a certeza de que o processo tornou-se irreversível depois de utilizadas todas as técnicas de ressuscitação. [...] Esta determinação deverá ser baseada no julgamento clínico, suplementado, se necessário, por um número de diagnósticos auxiliares, entre os quais o EEG², que é o de maior valor neste diagnóstico. No entanto, nenhum critério tecnológico isolado é inteiramente satisfatório no presente estado da Medicina, nem nenhuma técnica ou procedimentos podem ser substituídos pelo julgamento do médico. (DHNET, 2007, p. 1).

Percebe-se nessa preocupação da AMM que a questão da morte ainda se encontra em aberto, deixando para o juízo clínico o julgamento final dessa avaliação.

Como julgar, então? Eis a questão! Retomemos ao que aponta França, ir além de um único sistema. Como ir? Devolvo a mesma resposta anterior e chegamos à uma aporia. Se nenhum método técnico pode substituir o juízo global do médico, como exige a AMM, então qual médico, se todos são formados em um paradigma biologicista dependente desses equipamentos e de seus métodos técnicos para se chegar a um diagnóstico?

Durante a sua formação o médico recebe informações a respeito da morte? Que tipo de informações recebe? Elas atendem o que propõe França em seus questionamentos? Se recebe essas informações, elas são de cunho estrito da ciência biomédica ou incorporam uma visão filosófica, sociológica e antropológica? Conhecer o quanto o médico, durante o percurso de sua formação acadêmica, incorpora de conhecimentos teóricos a respeito da morte deve ser objeto de uma outra investigação para contribuir com o debate a respeito da apropriação da morte pelos médicos, especialmente na medida em que morrer tornou-se um fenômeno que deve ser obrigatoriamente institucionalizado na visão da Medicina.

Retornando à discussão anterior, será que o lugar mais adequado para uma pessoa morrer é o hospital? De acordo com Martins (2003) várias críticas podem ser feitas aos caminhos que a chamada medicina oficial tomou, especialmente ao fato de ela ter-se submetido aos fetiches da razão instrumental e mercantil. Disso resulta o desaparecimento progressivo da ética médica.

Essa razão instrumental, aliada à mercantilização de que fala Martins, focada em uma medicina biotecnológica, não leva em consideração os aspectos não médicos de um viver em sociedade. A relação médico-paciente, mediada pelo equipamento / instrumento, afasta o olhar médico do sujeito que adoece. Esse olhar é, agora, centrado na especificidade da doença no corpo, não mais no encontro entre o cuidador e o sujeito do cuidado, não mais uma relação

² EEG – Eletroencefalograma.

social, mas o ato de se analisar um “objeto”, no caso, o doente, visto como algo desprovido de relações, contrariando a idéia de sociedade. Conforme Martins,

[...] cada sociedade estabelece uma ordem simbólica visando minimizar a sua finitude e a fragilidade existencial de seus membros, o que é realizado pelos deuses, mitos, religiões, ideologia e instituições éticas. Essa ordem simbólica aparece como um significante dos rumos históricos, sociológicos e políticos de cada sociedade, isto é, ela aparece como referente imaginário que oferece aos indivíduos garantias culturais (racional, religiosas, políticas, etc.) de que o mundo tem sentido e de que o pertencimento a um grupo maior é possível e desejável. (MARTINS, 2003, p. 180).

Essas explicações levam a pensar se realmente a “apropriação” da morte pelo hospital seja a melhor alternativa para o momento final na existência de qualquer pessoa, semelhante ao que já acontece com o nascimento/parto. Tavares e Gaiva (2002) afirmaram que o nascimento deixou de ser um fenômeno de propriedade da mãe e da família para ser apropriado pelos profissionais da saúde em instituições hospitalares.

A Medicina se esforça, como entende Martins, para provar a superioridade absoluta de uma razão técnica, e isso observamos no cotidiano de nossa prática, mas isso acaba levando a um “sucesso da dimensão racional e utilitária da medicina moderna”, o que, por sua vez, “significou o progressivo esvaziamento da complexidade simbólica dos processos de diagnóstico” porque isso “exigia do médico a atenção sobre a pluralidade de fatores não apenas do corpo, mas do ambiente” (MARTINS, 2003, p. 180).

Centrar o olhar médico no limite do corpo significa a negação do ser humano e sua complexidade, além de destituí-lo da condição de sujeito, tornando-o apenas um objeto de investigação médica, sem alma, sem cultura, sem experiência, enfim, sem nada. Até sem poder escolher onde morrer. A morte foi assumida como um fenômeno puramente biológico, não mais um fenômeno social com todas as implicações disso decorrentes, e apropriada pelos médicos com um “ato médico”. Assim, o morrer foi naturalizado como um momento da alçada da medicina.

Quando o corpo passa a ter a dimensionalidade de uma máquina, onde cada uma de suas partes – órgãos – passa a ser assumida como objeto de uma especialidade, cada qual com necessidades de equipamentos próprios para a decifração de seus males, induz, desse modo, a dependência do médico a um determinado instrumento de investigação. Assim, o trabalho médico, enquanto modo hegemônico de exercício profissional no setor saúde, ao assumir a sua dependência do equipamento, passa a se situar entre a capacidade de leitura dos

equipamentos de alta tecnologia e/ou a capacidade de resolução dos problemas que afetam a saúde das pessoas.

Observa-se, de um modo geral, que a forma deste saber específico, que depende do equipamento, foi introjetado no saber médico e passou a determinar uma possível dependência da capacidade intelectual do médico que, desde então, subordina o seu saber-fazer à uma máquina. Neste contexto, a clínica que já foi soberana no processo decisória do diagnóstico, perde a liberdade do olhar, que é agora filtrado e direcionado pela tecnologia.

A produção do cuidado se modifica e o olhar que olhava o doente se desloca para o resultado do exame propiciado pelo equipamento. Assim, no lugar de promover a saúde o médico tenta tratar a doença estabelecida, ou seja, o caminho que conduzia à vida, exaltando a saúde, agora tenta se desviar da morte controlando a doença. Ao se esquecer da saúde e adotar a doença como escopo, o médico assume o tentar vencer a morte e não mais trabalhar pela exaltação da vida. O combate à morte passa, então, a ser o foco principal da ação médica. Um combate mediado por equipamentos que exigem um saber técnico específico que acaba prevalecendo sobre o saber clínico.

Nascimento, Rego e Falcão (2002, p. 57) afirmam que:

[...] a morte comparece, portanto, no discurso científico hodierno completamente despojada de seus significados metafísicos e religiosos de existência perene no pensamento pré-científico. Contudo, a conseqüente suspensão das certezas em relação ao método científico operado na pós-modernidade ocasiona uma errância do sentido de significados global, inclusive do sentido da morte no contexto da experiência humana.

Assim, Nascimento, Rego e Falcão (2002) corroboram com o que foi dito anteriormente, de a morte ser transformada apenas na parada das funções vitais da linguagem médica, ou seja, como um ato médico. A errância de que fala esse autor pode ser entendida como o descompasso entre o que pretende o pensamento pós-moderno, ou moderno tardio, e a formação acadêmica em um paradigma cartesiano, positivista, que exclui o sujeito da relação dialógica necessária à compreensão de questões complexas como a morte.

Este autor deixa claro que no contexto simbólico da medicalização da morte ela só pode ser descrita através de signos científicos que caracterizam a interrupção completa e definitiva das funções vitais do organismo vivo, como o desaparecimento da coerência funcional e destruição progressiva dos tecidos e células. Para Quivy e Campenhoudt (1992, p.

100), citando Weber, “a explicação de um fenômeno social encontra-se essencialmente no significado que os indivíduos dão aos seus atos”.

Menezes (2003, p. 103) explica que,

[...] como outros fenômenos da vida social, o processo de morrer pode ser vivido de distintas formas, segundo os significados compartilhados desta experiência, o que varia segundo o momento histórico e os contextos sociais e culturais nos quais os indivíduos estão inseridos. Neste sentido a morte não se distingue das outras dimensões do universo das relações sociais e, em cada momento histórico, há uma produção de práticas e de retóricas condizentes com o contexto social.

No universo onde trabalham os médicos de UTI, são operados, cotidianamente, equipamentos que intervêm na saúde/vida das pessoas, por isso estão permanentemente submetidos à riscos³ de toda natureza, como: contaminação com bactérias altamente resistentes à terapias, acidentes com utensílios contaminados, intensos estresses ao cuidar de doentes extremamente graves e que podem morrer a qualquer instante, falhas de equipamentos com conseqüente morte de doentes sob sua responsabilidade, entre outros. Isto pode condicionar o modo como percebem a morte, como risco ou como acidente.

Devemos considerar, ainda, uma dificuldade que os médicos devem enfrentar para compreender o significado da morte. A percepção que se tem, como uma herança cultural histórica, é que a morte é cercada de mitos, ritos, tradições, sentimentos, além de um “não dizer” que escamoteia a verdade contida nesse fenômeno.

Para Giddens (1991, p. 44), em uma cultura tradicional “o passado é honrado e os símbolos valorizados porque contêm e perpetuam experiências”. Diante desta afirmação, como fica a percepção que o médico e a equipe de saúde passam a ter ao enfrentar as práticas sociais, rotineiramente alteradas, à luz de descobertas sucessivas que passam a modificá-las?

Na era da modernidade, em que essa convenção é revista de forma radical e passa a ser aplicada a todos os aspectos da vida humana, inclusive à intervenção tecnológica no mundo

³ Risco, aqui, adota a concepção de Beck (2006, p. 103). ‘Sociedade de risco’ significa que vivemos em um mundo fora de controle. Não há nada certo além da incerteza. Mas vamos aos detalhes. O termo ‘risco’ tem dois sentidos radicalmente diferentes. Aplica-se, em primeiro lugar, a um mundo governado inteiramente pelas leis da probabilidade, onde tudo é mensurável e calculável. Esta palavra também é comumente usada para referir-se a incertezas não quantificáveis, a ‘riscos que não podem ser mensurados’. Quando falo de ‘sociedade de risco’, é nesse último sentido de incertezas fabricadas. Essas ‘verdadeiras’ incertezas, reforçadas por rápidas inovações tecnológicas e respostas sociais aceleradas, estão criando uma nova paisagem de risco global. Em todas essas novas tecnologias incertas de risco, estamos separados da possibilidade e dos resultados por um oceano de ignorância.

material, esta mudança de concepção deverá estar ocorrendo, também, entre os médicos que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva – UTI, alterando sua percepção sobre a morte das pessoas sob o seu cuidado, até porque o modo de morrer também sofreu mudanças. Como esse médico lida com essa morte que é mediada por equipamentos, morte resultante de um conflito entre o corpo que não tem mais condições de viver e esses equipamentos que o manipulam, “obrigando a viver” e o “impedindo de morrer”? Que morte é essa e de que forma ela é percebida pela Equipe de Saúde da UTI?

Partindo desse pressuposto lanço a seguinte questão de pesquisa:

Como é “o morrer na UTI”? Como esta morte condiciona e impacta o trabalho dos profissionais de saúde?

Devo realçar, neste momento, o direcionamento da investigação, privilegiando a dimensão sociológica. Por se tratar de uma pesquisa em sociologia, a morte não pode ser analisada exclusivamente pelo lado da sua quantificação (recorte epidemiológico), muito menos pelo seu simbolismo (recorte cultural) nem pelo senso comum do evento. Compreende-la pondo em evidência alguns dos processos sociais e culturais permite interpretar melhor o fenômeno.

Assim, investiguei com é a morte na UTI, que fenômeno é esse e como ele se dá. Além disso, de que forma essa morte interfere no trabalho dos atores que participam desse fato social, principalmente quando ele faz parte do cotidiano profissional, como nas pessoas que compõem a equipe de saúde da UTI.

CAPITULO 2

2 ABORDAGEM TEÓRICA E METODOLÓGICA

Para desenvolver este trabalho de investigação sobre o que é a morte, utilizei de um referencial teórico-metodológico que tentou englobar as várias dimensões interligadas à morte e ao processo de morrer. Por isso, recorri à uma abordagem interdisciplinar, que poderia ser vinculada à sociologia clássica de Weber (1982).

Embora acreditando que a abordagem weberiana colocaria, de início, uma restrição de natureza epistemológica, posto que a percepção da morte estaria centrada em seus aspectos sociológicos, deixando de lado, ou até em um plano secundário as dimensões ligadas ao imaginário das pessoas, seus sentimentos de perdas, seus medos e ansiedades decorrentes da forma como percebem a morte e suas repercussões na esfera subjetiva, mas ela é base imprescindível para qualquer trabalho em sociologia. Ficaria prejudicada, também, a dimensão biológica, que é o principal foco do olhar médico, dada a sua formação biologicista e centrada na doença, o chamado “modelo biomédico” (CAPRA, 1995).

Minayo (1994, p. 51) enfatiza que, para Weber,

[...] a sociologia requer uma abordagem diferente das ciências da natureza, e isso se consegue através de: (a) pesquisa empírica a fim de fornecer dados que dêem conta das formulações teóricas; (b) tais dados derivam de algum modo da vida dos atores sociais; (c) os atores sociais dão significados a seus ambientes sociais de forma extremamente variada; (d) eles podem descrever, explicar e justificar suas ações que são sempre motivadas por causas tradicionais, sentimentos afetivos ou são racionais.

Para Max Weber e para os defensores da abordagem compreensiva, por exemplo, a explicação de um fenômeno social encontra-se essencialmente no significado que os indivíduos dão aos seus atos (QUIVY; CAMPENHOUDT, 1992, p. 100). Estes autores ainda esclarecem melhor ao afirmar que “as condutas humanas são intencionais e inspiradas, conscientemente ou não, por um conjunto de representações mentais, fora das quais não

podem ser compreendidas”. De certa forma estes autores reforçam a afirmativa de Morin (2002) que,

[...] as idéias formam-se a partir do pensamento racional, mas ganham realmente a vida quando clandestinamente (invisíveis para o racionalista) se tornam dotadas de virtudes providenciais e podem ser deificadas. Podem gerar uma religião da salvação, como o marxismo. A partir disso, adquirem um poder maior que os fatos aos quais parecem corresponder. (MORIN, 2002, p. 45).

Morin (2002, p. 45) afirma que é “na morte que se encontra a maior ruptura entre o espírito humano e o mundo biológico. Na morte encontram-se, chocam-se, ligam-se o espírito, a consciência, a racionalidade e o mito”. Uma idéia-força que, ao mesmo tempo, instiga a sua compreensão, mas também provoca ansiedade pela certeza de sua ocorrência, ligada à incerteza de sua hora.

Se a morte é o lugar desse embate, como estudá-la baseando-se em um referencial teórico disjuntivo, quando muito, pouco flexível para percorrer os vários níveis de realidade, como fala Nicolescu (1999, p. 60), ou níveis de complexidade como quer Morin. Assim, para estudar a morte e a forma como ela se dá na UTI, foi necessária uma abordagem que desse conta de estabelecer essas ligações e estabelecer um *complexus*⁴ (SILVA, 2002, p. 93), na visão moriniana. O fato de trabalhar com um referencial teórico interdisciplinar, porém, não implica em uma diminuição do rigor científico, pois ele será perseguido durante toda a investigação.

O sujeito estabelece suas ações, suas opiniões, suas idéias e pensamentos a partir do conteúdo de sua noosfera (MORIN, 1998), o que varia com cada ser e sua experiência pessoal, por essa razão, há necessidade de se utilizar outros referenciais que permitam uma trajetória que percorra essas várias dimensões ou níveis. Ao assumir a complexidade da vida em sociedade como fundamento epistemológico de uma pesquisa científica, tive, também, de assumir as dificuldades de, durante a caminhada, ir construindo e adaptando o método às situações que se apresentam a cada passo. Buscar a ligação entre varias disciplinas tornou-se uma necessidade para conseguir apreender os significados que permeiam a morte, daí a razão essencial de se utilizar a interdisciplinaridade neste trabalho.

Como afirma Leis (2001, p. 2),

⁴ Palavra de origem latina que significa “aquilo que se tece junto”.

[...] a interdisciplinaridade no campo das ciências sociais implica em uma rebelião contra o conformismo ontológico e epistemológico de disciplinas que tendem a reificar tanto a dinâmica da ciência como do mundo.

Ao percorrer o caminho tradicional da pesquisa social eu estaria, também, percorrendo o caminho do conformismo e não daria conta de explicitar a riqueza de conhecimento existente no fenômeno universal da morte, cheio de ritos e sentimentos que se manifestam nos vários personagens em torno dos quais o ser humano morre. Olhar, ver e compreender são fenômenos diferentes, logo a percepção do pesquisador é um dado importante que deverá ser considerado também.

Leis (2001, p. 4) chama a atenção para o fato de que

[...] a principal necessidade das ciências sociais não era tanto procurar bases ideológicas não-antropocêntricas, mas bases epistemológicas não exclusivamente sociológicas, a partir do contato interdisciplinar das ciências sociais com outras ciências, em particular com as ciências naturais.

Outro aspecto abordado pelo autor é o fato de que ao

[...] utilizar uma bibliografia bem disciplinada poderia sugerir (dentre outras coisas) que as principais linhas da sociologia estão mais interessadas em mostrar como deveria ser a realidade do que em pesquisar como ela é efetivamente. (LEIS, 2000, p. 5).

Buscar contato entre as ciências sociais e as ciências naturais passou a ser a proposta desta Pesquisa, conforme já foi explicitado anteriormente. O diálogo entre medicina, sociologia, antropologia, filosofia foi tentado, pois falar da complexidade da morte implica, necessariamente, nesse diálogo interdisciplinar.

O primeiro problema para se estabelecer uma pesquisa é definir com clareza o caminho a ser seguido. Neste estudo trabalharei numa **abordagem qualitativa**.

A escolha deste caminho deveu-se à compreensão que o objeto das Ciências Sociais é histórico, significando que existe num determinado espaço, num determinado tempo, em relações dinâmicas, mutáveis e subjetivas imprimindo a provisoriedade das visões, leis e instituições (MINAYO, 1994). A pesquisa qualitativa utilizada para analisar situações sociais, valoriza a intersubjetividade, enfatiza a participação dos sujeitos pesquisados e coloca o pesquisador na condição de sujeito.

Para Giddens (1991, p. 39), a vida social moderna está em constante alteração, reformada à luz das práticas sociais, alterando constitutivamente o seu caráter, mas somente

na modernidade radicaliza-se essa revisão da convenção que passa a ser aplicada a todos os aspectos da vida humana, inclusive à intervenção tecnológica no mundo material.

Uma das características das Ciências Sociais é uma identidade entre o sujeito e o objeto da pesquisa. Demo (1987, p. 16) afirma que “quando estudamos a sociedade, em última instância estudamos a nós mesmos, ou coisas que nos dizem respeito socialmente”. Nesta pesquisa, existe uma identidade entre o foco do meu estudo – a morte – e a minha própria experiência de vida, como já foi descrito anteriormente. A experiência da morte em minha família, especialmente em se tratando de um filho, confirma a proposição de Demo.

Acredito que o Estudo de Caso, uma modalidade de pesquisa social, foi o método mais indicado, pois ele é “caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir conhecimento amplo e detalhado do mesmo” (GIL, 1991, p. 78).

Quando me propus a estudar a morte na UTI, a minha intenção era descrever como se dá essa morte, esse morrer, suas etapas e desenvolvimento até o momento final, o óbito propriamente dito, para se utilizar uma linguagem mais adequada às práticas da medicina.

Como o meu objeto de pesquisa é **a morte na UTI**, este foi o fenômeno a conhecer. Os personagens do entorno da morte, os doentes em primeiro lugar, depois os profissionais da saúde, melhor seria dizer - da doença - foram coadjuvantes na pesquisa, sendo a fonte privilegiada de informação a observação do pesquisador durante a ocorrência do evento, a morte na UTI.

O local da investigação foi o ambiente da UTI, que tem uma dinâmica própria no cuidado de doentes graves e que, em muitos casos, culminam com a morte de alguém.

A modalidade de pesquisa qualitativa permitiu a compreensão dos dados empíricos através da observação do ambiente e dos acontecimentos dentro de uma UTI de Adultos, de um Hospital Geral no Estado de Santa Catarina, que atende, também, doentes do SUS. Escolhi este tipo de UTI porque nela são internadas pessoas adultas, com doenças graves e susceptíveis de falecerem durante a internação. Numa UTI coronariana os doentes são portadores de doenças específicas, que tem uma grande sobrevida em função dos avanços no tratamento de doenças do coração, além de ter um período curto de internação.

Para a coleta dos dados, estabeleci algumas etapas e estratégias de modo a compreender o fenômeno em toda a sua complexidade, chegando, assim, a conclusões viáveis

para o contexto sócio-cultural do cenário da pesquisa. A idéia foi compreender o fato no seu contexto a partir das fontes primárias - os personagens que compartilharam do evento pesquisado - para obter uma descrição densa e mais completa possível, utilizando a observação, o conhecimento do contexto estudado e a sensibilidade para captar os fatos.

A coleta foi desenvolvida cumprindo as seguintes etapas:

- **Negociação** – O primeiro contato com a instituição escolhida foi por meio de um telefonema para marcar um encontro com o Diretor Clínico, que é o responsável pelos contatos profissionais com as equipes de saúde. Através dele, fui apresentado ao Gerente Técnico, que solicitou os documentos necessários à implementação e execução da investigação, incluindo a Declaração de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (Anexo 1). Estes documentos foram aprovados em reunião do Comitê de Ética da Instituição e, assim, foi autorizada a coleta dos dados na Instituição.
- **Local da Pesquisa:** UTI geral de adultos de um hospital filantrópico do Estado de Santa Catarina.
- **Período da coleta:** 9 de julho a 6 de setembro de 2007, totalizando 37 dias de observação, com uma carga horária aproximada de 110 horas, em diferentes turnos, permitindo, assim, uma observação de eventos múltiplos e suas contingências temporais.
- **Técnicas de coleta de dados:**
 - a. **Observação Sistemática** – do ambiente e dos acontecimentos ocorridos até a saturação dos fenômenos, que passaram a ser repetições do que acontecerá anteriormente. Durante mais de dois meses participei das atividades da UTI escolhida e lá permaneci em situação de observador silencioso dos fatos e fenômenos que, então, ocorriam. A minha primeira preocupação foi permitir que os trabalhadores da UTI, os intensivistas, se acostumassem com minha presença, até que me tornasse um elemento da paisagem, ou seja, que não houvesse nenhuma preocupação por parte dessas pessoas a meu respeito e que minha presença não afetasse nenhuma atividade rotineira da Instituição. Coloquei-me em uma posição e em um local onde não atrapalhasse a movimentação dos trabalhadores e fui anotando cada evento e cada situação no momento em que ela ocorria, tentando sempre surpreender a morte no instante de sua ocorrência. Procurei descrever os

fatos como eles ocorreram, tentando ser o mais claro possível de modo que qualquer pessoa entendesse o ocorrido.

Tudo o que era relevante foi anotado em um **Diário de Campo**. As anotações eram feitas de duas formas: em caneta de tinta azul, eu anotava desde os aspectos físicos da UTI, suas características organizacionais, fluxos de profissionais, etc. Tudo aquilo que se relacionava com os acontecimentos cotidianos que se desenrolavam naquele cenário também era anotado desta forma. Em tinta de outra cor, ou lápis, eu anotava as minhas impressões, reflexões sobre aquele fenômeno e emitia, quando possível, alguma opinião sobre ele. Já era uma análise preliminar sobre o evento ocorrido.

- b. Diálogo com informantes-chaves** - Para aprofundar certos fatos e fenômenos, conversei com alguns informantes-chaves, compostos por profissionais que se aproximavam de mim por ter interesse no tema e no meu trabalho, lideranças que se destacavam no seu trabalho profissional, familiares que se aproximavam e que espontaneamente opinavam sobre o tema, mesmo que de forma indireta, etc. Esta conversa não seguiu um roteiro pré-estabelecido nem uma questão norteadora, ela se dava sobre um determinado fato ocorrido ou quando eu sentia necessidade de maior compreensão sobre a dinâmica do serviço e sobre a percepção das pessoas envolvidas. Para esta conversa solicitava o consentimento livre e esclarecido (Anexo 2) e permissão para gravar, de modo a preservar as expressões utilizadas pelos informantes. Ela acontecia em uma sala anexa à UTI, para não atrapalhar as atividades do setor.
- c. Análise documental** – entre eles, a planta física da UTI, documentos referentes aos dados estatísticos do ano em curso, tais como: número de doentes internados, números de óbitos etc., prontuários, impressos, tabelas, número e composição das equipes, para ampliar a minha compreensão e familiaridade com o ambiente e a sua dinâmica.
- **Análise dos dados** – A análise foi feita através de leituras sistemáticas e exaustivas do Diário de Campo e das falas que aconteceram com os informantes-chaves. A partir desse contato aprofundado com os dados coletados, identifiquei aspectos significativos que retratam a situação vivida. Fiz uma reflexão sobre esses dados e destaquei alguns pontos que poderiam apontar com maior clareza o que foi encontrado.

O rigor científico foi uma necessidade perseguida neste trabalho de investigação, para que o estudo tivesse validade e confiabilidade. Nela foram firmados os compromissos éticos de obtenção do consentimento livre e esclarecido dos envolvidos, a utilização de procedimentos para assegurar a privacidade e confidencialidade, a ponderação entre riscos e benefícios e o respeito à vida humana e aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos.

Por envolver seres humanos, a pesquisa atendeu as exigências éticas explicitadas na Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e foi encaminhada para análise e aprovação do Comitê de Ética da UFSC.

CAPÍTULO 3

3 O LUGAR DA MORTE

3.1 O nascimento do hospital

O hospital nasce, de acordo com Foucault (1984), no final do século XVIII e, como instrumento terapêutico, é uma invenção relativamente nova. Sempre foi uma instituição essencial para a vida urbana do Ocidente, desde a Idade Média, embora, nessa época, não fosse uma instituição médica, já que a medicina era uma prática não hospitalar. Antes de se tornar um lugar de cura, era uma instituição de assistência aos pobres, como também de separação e exclusão.

Nessa época, o pobre, enquanto pobre, tinha necessidade de assistência e, como doente, poderia representar um risco de possível contágio na comunidade, tornando-se perigoso. Por isso o hospital deveria estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele representava. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não era o doente que necessitava de cura, mas o pobre que estivesse morrendo. A intenção não era realizar a cura do doente, mas a salvação da alma do pobre no momento da morte e a do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres (FOUCAULT, 1984).

Até o começo do século XVIII, o Hospital Geral mantinha essas características, permanecendo como o lugar de internamento de doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc. A função médica não aparecia, pois o hospital não era o lugar da formação médica, ele era um instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual. O médico só intervia na crise e deveria observar o doente e a doença, desde seus primeiros sinais, para descobrir o momento em que a crise apareceria.

Foi por volta de 1780 que o hospital passou a ser pensado como um instrumento destinado a curar, introduzindo uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada. Como isso se deu?

Para Foucault (1984) a causa dessa transformação se deu a partir da anulação dos efeitos negativos do hospital e não como uma busca de uma ação positiva sobre o doente ou a doença. Mais uma ação política do que uma intervenção sanitária, já que a idéia central era

evitar que o hospital provocasse a disseminação de doenças nas pessoas internadas e as espalhassem na cidade onde se situava. Também porque ele era foco perpétuo de desordem econômico-social.

O ponto de partida foi o hospital marítimo porque era um lugar de desordem econômica, de tráfico de mercadorias, objetos preciosos, matérias raras, especiarias, etc., trazidos das colônias para a França. O traficante fazia-se passar por doente e, por essa razão, era levado para o hospital no momento do desembarque, podendo, assim, esconder os objetos de contrabando e, ao mesmo tempo, se livrava do controle econômico da alfândega. Havia ainda o fato de muitos desses viajantes chegarem doentes, oferecendo riscos à população, daí, institui-se nesses hospitais militares a quarentena da doença epidêmica que as pessoas que desembarcavam poderiam trazer (FOUCAULT, 1984).

Outra necessidade da época era o tratamento de soldados feridos na guerra, pois era preciso curá-los, evitando que morressem de doença, considerando o custo de sua preparação que era elevado, sendo, então, uma medida de economia. Era preciso, ainda, evitar que, quando curados, fingissem que continuavam doentes e de cama. Por essa razão, surgiu a necessidade de uma reorganização administrativa e política, um novo esquadramento do poder no espaço do hospital militar.

3.2 História da UTI

A Unidade de Terapia Intensiva – UTI – poderia ser considerada como o espaço da “não morte”. O lugar onde a morte é considerada como um “não evento”, pois tudo é feito para que ela seja adiada, transferida, retardada, enfim, para que ela não ocorra ou possa, pelo menos, prolongar a vida do doente. Como isso é uma impossibilidade, tentarei, aqui, demonstrar que a UTI é um espaço que tem outra conotação para os profissionais de saúde.

A UTI é o local do hospital com estrutura e pessoal especializado para o cuidado de doentes com lesões ou doenças graves, com possibilidade de recuperação (AMIB, 2007). Sublinhei estas três palavras porque elas afirmam o que realmente define o propósito de uma unidade de terapia intensiva, seja ela qual for. Retornarei à este tema mais tarde.

A UTI é o local do hospital onde se concentra uma grande quantidade de equipamentos de alta tecnologia é uma das áreas mais importantes em uma instituição de alta complexidade.

Como surgiram as UTIs? Historicamente a UTI foi pensada pela primeira vez por Florence Nightingale e idealizada como Unidade de Monitoração de doentes grave através da ação da enfermagem em 1854, no início da Guerra da Criméia⁵ na qual a Inglaterra, França e Turquia declaram guerra à Rússia. As condições precárias da hospitalização à época levavam à alta mortalidade entre os soldados hospitalizados, atingindo 40% de óbitos. Florence e suas voluntárias, trinta e oito ao todo, partem para os Campos de Scurati assumem o atendimento e adotam cuidados intensivos, caindo a mortalidade para 2%.

Certamente podemos afirmar que esta forma de atuação de Florence, tornou-se a primeira ação efetiva na direção do que, mais tarde, foi chamado de UTI (UTI, 2007).

Bem mais tarde, em 1926, o Dr. W. Dandy criou a primeira UTI em Boston, no Hospital Johns Hopkins e era constituída por três leitos para doentes em pós-operatórios de neurocirurgia, conforme informa a *Society Critical Care and Medicine* (SCCM). Esta, certamente, deve ser a primeira UTI considerada do ponto de vista técnico e instrumental, estabelecendo o modelo inicial para futuras Unidades de Terapia Intensiva (UTI, 2007).

3.3 O Cenário

A UTI onde, por dois meses, estive acompanhando e observando de forma sistemática o cotidiano vivido pelos personagens que habitam temporariamente seu espaço, está localizada em um Hospital tradicional de Santa Catarina que pertence à categoria de Hospital Filantrópico. Esta UTI está localizada próxima à entrada principal do Hospital, subindo uma escadaria à direita. Essa localização facilita o acesso das visitas, que não precisam circular pelo hospital, evitando possíveis contaminações.

Trata-se de um espaço retangular medindo 11,75 metros de comprimento por 8,50 m de largura contendo 5 leitos em paralelos com as cabeceiras próximos à parede do fundo conforme planta baixa (Anexo 2). Cada leito fica em um box demarcado por uma divisória que separa as cabeceiras para impedir que um doente veja o outro, pelo menos a metade superior do corpo. Esses boxes podem ser isolados por meio de uma cortina fixada no teto por trilhos que delimitam o espaço de cada box.

Nas extremidades do salão principal existem dois quartos com um leito cada um. Por estarem separados desse espaço principal, servem como isolamento, um em cada extremidade.

⁵ A **Guerra da Criméia** foi um conflito que se estendeu de 1853 a 1856, na península da Criméia (no mar Negro, ao sul da atual Ucrânia), no sul da Rússia e nos Bálcãs (WIKIPEDIA, 2007).

Estes ambientes separados são utilizados para internação de doentes que exigem algum tipo especial de cuidado, como doente mais grave e/ou com infecção, por exemplo, possível de ser transmitida por contágio direto.

A iluminação é artificial, pois a UTI não dispõe de janelas, logo, a luz natural que entra pelas portas é insuficiente para as atividades que devem ser executadas ali. Essa iluminação artificial é feita de três modos diferentes:

1. Iluminação geral do ambiente - fica bem à frente do leito, no teto, mas em uma posição que não incomoda a pessoa que está deitada por causa do pé-direito da sala que é elevado. É de intensidade suficiente para o trabalho rotineiro da equipe.
2. Iluminação indireta - colocada em uma barra horizontal de cerca de 20 cm de altura, por 50 cm de largura e que percorre todo espaço longitudinal da UTI, com interrupção em cada divisão dos boxes. As luzes são voltadas para a face superior dessa barra de modo a iluminar sem afetar os olhos dos doentes. Dessa barra descem, também, todos os fios e cabos necessários às conexões com os equipamentos utilizados de modo a facilitar sem ocupar espaços desnecessários.
3. Dois focos de luz, com lâmpadas, sob a barra horizontal descrita, uma de cada lado e sobre o leito, focadas em ângulos que concentram o foco da iluminação exatamente sobre o tórax do doente. Estas luzes são utilizadas para a execução de procedimentos médico-cirúrgicos, necessários em casos especiais, tais como: dissecação de veias, intubações, traqueotomias, punções venosas, etc. Enfim, como facilitador da visualização e de manuseios para atendimentos necessários à preservação da vida do doente.

As paredes são de cor amarelo-palha, discretas, que não incomodam os olhos. O teto é feito de plástico, certamente, em duas situações: a parte que fica sobre os leitos é de cor cinza claro, quase branco, sem brilho. Percebe-se que foi planejado para não irritar os olhos de quem fica na horizontal a maior parte do tempo. A outra parte, após o limite do leito, também do mesmo material, mas já com um semi-brilho, talvez para ampliar a iluminação aos profissionais. Estas duas áreas do teto têm um trilho que circunda cada leito, isolando-os em boxes separados por uma cortina bege-claro de modo a, quando necessário, isolar cada leito em um ambiente restrito a fim de se proceder às intervenções de qualquer natureza e garantir, assim, uma privacidade à cada pessoa internada. Esta

cortina, que é acionada manualmente quando necessário, é composta de duas partes: a de baixo, até uma altura aproximada de 1,90 metros, de tecido compacto, não permitindo a visão; a parte superior é feita de tela para permitir a circulação do ar e não abafar a área de trabalho em torno do leito.

Próximo à entrada principal da UTI existe uma luminária circular com uma lâmpada vermelha que acende quando qualquer pessoa, do lado de fora da UTI, deseja falar com alguém da equipe. Em vez de som de uma campainha, que pode incomodar os doentes, acende-se uma luz vermelha. Logo alguém se dirige até à porta de entrada para atender ao chamado.

A Equipe de hoje é chefiada pelo Dr. R., uma pessoa de personalidade extrovertida. A Enfermeira é L, que me atendeu com atenção e forneceu informações preliminares a respeito do funcionamento da UTI, tais como:

- a. Horário de visitas – das 14:30 as 15:30 h e, a noite, das 19:30 as 20:00 h;
- b. Há uma rotina para as visitas – para cada doente só pode entrar um familiar de cada vez. Ao adentrar na UTI, deve lavar as mãos acionando um pedal que abre a torneira (evita o contato das mãos de várias pessoas com a torneira, impedindo a disseminação de germes). Existe sabão líquido, um germicida líquido e papel toalha, que após uso, é descartado em uma lixeira aberta também por pedal;
- c. Na saída, repete-se o mesmo procedimento para evitar que se leve germes resistentes para casa e permitir contaminações domésticas por germes da UTI;
- d. O Posto de Enfermagem possui terminais de computador para que os Prontuários sejam eletrônicos e possam imprimir a prescrição feita pelo médico em uma impressora Laser;
- e. Ao final do período de visitas, o médico se reúne com os grupos familiares de cada doente internado para fornecer o Boletim Médico, que é um momento onde as informações sobre a situação de saúde de cada doente são repassadas e discutidas com sua família.

Observei que a temperatura ambiente é programada nos equipamentos de ar condicionado. Há um termômetro e um higrômetro que é observado pela enfermeira a cada início de plantão, assim, ela pode controlar o clima na sala. No teto há um exaustor que

promove a circulação do ar no ambiente da UTI. Quando assume o plantão a enfermeira deve fazer um check list de tudo e de todos os equipamentos. Tudo é conferido, ou deve ser.

Existe uma caixa lacrada com um orifício na parte superior, com uma inscrição – Coletor de Materiais Perfurantes. Serve para descartar qualquer material, como agulhas, lâminas descartáveis, etc., que foram usadas e podem causar alguma lesão (cortes, perfurações, etc.), contaminação ou transmissão de material microbiológico e/ou químico. Os demais materiais utilizados são colocados nos cestos de lixo com pedal para serem, posteriormente, incinerados.

Sobre o balcão de preparação de medicamentos, pela enfermagem, há uma ‘casinha’ de acrílico transparente, criando um espaço protegido para preparo de antibióticos. Com uma abertura em apenas um dos lados, cria-se um espaço restrito onde o ar permanece retido, sem troca com o ambiente externo, ou com pouca troca. A finalidade é que o ar ali retido, com partículas dos produtos antibióticos utilizados na medicação, poderia provocar resistência nos germes que existem normalmente no ambiente. Previnem-se, assim, futuros casos de infecção hospitalar por germes que adquiririam resistência ao entrar em contato constante com o ar contendo partículas de antibióticos que se costuma utilizar na UTI.

A equipe de enfermagem utiliza um uniforme verde, para diferenciar do uniforme da UTI coronariana, que é azul. A UTI coronariana é uma modalidade de unidade de terapia intensiva específica para doentes que tiveram algum comprometimento grave do coração, como infarto agudo do miocárdio e/ou arritmia cardíaca, por exemplo. Não é foco de nosso interesse neste trabalho.

Há um consumo muito grande de luvas descartáveis (chamadas luvas de procedimento porque se utiliza um par para cada procedimento executado), com a finalidade de evitar transmissão de germes. São luvas de borracha fina.

Um dos grandes problemas da UTI, como de resto, de todos os hospitais, são as chamadas infecções cruzadas, que se originam quando um doente com uma infecção foi manipulado por um profissional que “transportou” o germe à outro doente, causando uma infecção hospitalar⁶, por isso são usadas sempre as luvas de procedimento.

⁶ **Infecção Hospitalar** - Termo utilizado para descrever as infecções adquiridas depois de determinado tempo de internação no hospital. Na UTI além do fato de os pacientes serem graves, apresentando comprometimento de sua resposta imunológica, existe a necessidade de procedimentos médico-cirúrgicos, que apesar de beneficiarem os pacientes aumentam o risco de infecção. Apesar dos cuidados e medidas de prevenção instituídas, estes pacientes estão sob risco maior de infecções por conta da gravidade de sua doença e maior necessidade de intervenções terapêuticas (AMIB, 2007).

Por isso, a equipe de limpeza permanece constantemente recolhendo tudo o que foi usado pela equipe. Tudo é colocado em cestos que se abrem por meio de um pedal, para não contaminar as mãos. Substâncias anti-sépticas são constantemente passadas com rodo no chão para que tudo permaneça limpo e sem resíduos.

A funcionária da limpeza desliza suavemente sem ser percebida, como se, simplesmente, não existisse. Se não é percebida como sujeito, seu trabalho tem tanta importância como todos os outros – manter higienizado o espaço. Dessa forma previne, evita, dificulta a proliferação e a transmissão de germes. Ninguém a vê, nem valoriza seu trabalho. Trata-se de um profissional invisível.

Outros profissionais, principalmente médicos e enfermeiros, são os profissionais visíveis e que “tocam” a UTI, fazem-na funcionar como uma “oficina de reparos humanos”. Para isso tornam-se especialistas em Terapia Intensiva, são os **intensivistas**, verdadeiros experts⁷ “que efetivam interações do humano com a máquina em um domínio cada vez mais autorizado, inclusive com um status diferenciado entre os profissionais que trabalham na saúde”.

Não é possível falar da UTI nem referir à ela sem classificá-la como um **sistema perito**, aquele a que Giddens refere como um a “sistemas de excelência técnica ou competência profissional que organizam grandes áreas dos ambientes material e social em que vivemos hoje” (GIDDENS, 1991, p. 30). Também, como um lugar de risco, de incertezas fabricadas pela rápida incorporação tecnológica das UTIs, que nos separam das possibilidades e dos resultados que se espera de um tratamento complexo onde ainda não se conhece as conseqüências da interação homem-máquina (BECK, 2006, p. 5). Uma coisa é a tecnologia como suporte para uma tentativa de salvar uma vida, outra é o não conhecimento da interação que ocorre, o “oceano de ignorância” de que fala Beck. Ao conectar uma máquina a um doente qual a certeza que se tem? Como saber? A resposta não é o objeto deste trabalho.

O “clima” na UTI varia de uma calmaria sonolenta até um quase tumulto decorrente de alguém que passa mal, teve alguma complicação, até a execução de um exame, como foi o

⁷ Castiel definiu como: [...] indivíduo que possuiria reconhecidas habilidades e/ou conhecimentos específicos sobre determinado campo de atividade/saber. Essas prerrogativas atribuiriam-lhe autoridade para tomar decisões, agir, enfim, abordar aspectos pertencentes a sua correspondente área de indiscutível competência (CASTIEL, 1996, p. 60).

caso de uma broncoscopia⁸ feita no ocupante do leito 2. No geral, apenas o pessoal de enfermagem que faz o percurso por todo o espaço da UTI a fim de cumprir os detalhes (múltiplos) de suas atividades. É um vai-e-vem incessante, que é, também, compartilhado, com menos intensidade, pela equipe de fisioterapia, necessária à manutenção do funcionamento físico, músculo-esquelético, dos doentes, principalmente do aparelho respiratório. O resultado deste trabalho de reabilitação respiratória tem grande importância para a melhora dos doentes que, pelo fato de permanecer longo tempo deitado, acabam por adquirir complicações por causa da deficiência da respiração motivada pela dificuldade de expansão do tórax e pulmões.

Observei que as relações entre a equipe e os doentes são respeitadas, carinhosas e muito profissionais. Talvez a minha presença possa ter influenciado nisso, mas como permaneci por longo tempo acredito que esta situação é verdadeira. Existe um burburinho quase silencioso, mesmo não exteriorizado com clareza demonstra de forma velada o respeito por parte dos profissionais.

Geralmente a troca de plantão da equipe médica, quando um médico toma o lugar do outro e assume as responsabilidades sobre a UTI, é feita sem grandes formalidades. Muitas vezes ela é feita em frente ao Quadro de Anotações onde estão anotados os nomes dos doentes internados. Este Quadro é composto por seis colunas onde devem ser anotados: o número do Leito, o nome do Cliente, seu número de Registro, o convênio, além das observações das enfermeiras e dos médicos (Anexo 4).

A manipulação do doente, na maioria das vezes, é feita pela equipe de enfermagem para mudança de decúbito, aplicação de medicamentos, curativos e pela fisioterapia, principalmente respiratória. Manter os pulmões expandindo livremente é fundamental para o tratamento de qualquer doença que exija repouso no leito. Não se percebe uma abordagem interpessoal e intersubjetiva (e se há é muito pouca), mas algo que soa unilateral (da vertical para a horizontal).

A visão obtida da horizontal é deformada, não “percebe” o olhar, os olhos, a expressão que fica mascarada pelo ângulo da visão, que não é “normal”: o olhar social, interpessoal, igual, no mesmo nível. Isso fragiliza quem está na horizontal.

⁸ Exame feito introduzindo uma sonda flexível com uma pequena lâmpada e uma lente na extremidade de modo a se fazer uma observação direta da árvore respiratória superior – traquéia, brônquios e alguns bronquíolos. Também se colhe material para exames: secreções, partes de tecidos através de biópsias, etc.

A equipe de limpeza permanece constantemente recolhendo tudo o que foi usado pela enfermagem e pelo médico. Tudo é colocado em cestos que se abrem por meio de um pedal, para não contaminar as mãos. Substâncias anti-sépticas são constantemente passadas com rodo no chão para que tudo permaneça limpo e sem resíduos.

3.4 O ritual da visita

Há um momento na vida do paciente em que a dor cessa, em que a mente entra num estado de torpor, em que a necessidade de alimentação torna-se mínima, em que a consciência do meio ambiente quase desaparece na escuridão. É o período em que os parentes andam para lá e para cá nos corredores dos hospitais, atormentados pela expectativa, sem saber se podem sair para cuidar da vida ou se devem ficar ali esperando o instante da morte. É o momento em que é tarde demais para palavras, em que os parentes gritam mais alto por socorro, com ou sem palavras.

Elizabeth Kübler-Ross (1998, p. 281).

O que pretendo aqui é retratar o que se passa durante o período de visitação na UTI, independentemente de data, de doente ou de horário. O que importa é apresentar os inúmeros dramas e tramas que se desenrolam durante o encontro entre um doente e seus familiares e amigos. São recortes do cotidiano vivido durante o período em que frequentei a UTI em uma observação sistemática, apresentando apenas os fatos conforme foram observados. A cada momento, quando houve necessidade de um juízo, ele foi feito, mas sempre preservando um caráter ético, o maior grau possível de cientificidade e sua vinculação com o fato vivido. Não importa a cronologia, mas os fatos em si mesmos. Eles falam mais do que as datas e as horas.

Logo após o almoço a equipe de enfermagem dá início à arrumação dos leitos, troca de lençóis, renovação dos curativos naqueles doentes que sejam necessários, etc., pois está chegando o momento da visitação, quando os familiares chegam para ver seus doentes na UTI. Cada técnico da equipe de enfermagem é responsável por um doente, mas recebe ajuda dos colegas que estão menos atarefados. O espírito de equipe prevalece sempre, isto é perceptível.

As 14:30 h, tem início o que chamei de Ritual da Visita. Eventualmente este horário pode ser atrasado em função da existência de algum caso mais grave que está sendo atendido, outras vezes apenas a visita desse doente é que precisa esperar.

O Ritual começa com a lavagem das mãos. Uma a uma, cada visita passa pela pia, pisa no pedal de borracha sanfonada, lava as mãos, enxuga em papel toalha disponível ali mesmo, pisa no pedal da lixeira, atira o papel usado e se dirige ansioso até o leito de seu familiar. Os que fazem visita pela primeira vez adotam um ar de quem está perdido; qual é o doente? Todos estão despidos, horizontalizados, alguns com máscara na face, cobertos por um lençol, assim tornam-se semelhantes, a similitude dos não-lugares, conforme Augé (1994). Perdem a identificação da roupa, que caracteriza uma estética pessoal, adotam compulsoriamente a indumentária padrão, ou seja, a nudez recoberta pelo lençol, para facilitar o acesso ao corpo, necessário à intervenção médica a qualquer momento. Assim, deitados e com uma nova aparência, fica difícil a identificação imediata, tornando-se, às vezes, necessária a ajuda de alguém da UTI.

Observei que as visitas masculinas são mais frias e sua relação com a pessoa doente é menos emocional, mais distante, quando comparada com o que acontece quando a visita é do sexo feminino. Estas são mais emocionais, choram, rezam, não se preocupam com os olhares dos circunstantes.

Alguns desses doentes estão intubados. Se estiver intubado, então como falar com um tubo na boca? Nesse momento os olhos substituem a boca e o diálogo é travado no silêncio. O brilho dos olhos é que conta da satisfação, da alegria e do desejo de receber uma visita. Um sussurro unilateral é monologado como se fosse um diálogo. Uma carícia, um afago de mãos diz do amor, do carinho e falam do quanto gosta e conseguem dizer mais do que muitas palavras. A resposta é o brilho dos olhos que se acentua, amplia e os umedecem. Não são lágrimas, são palavras em forma de brilho úmido.

O doente do leito 3, por exemplo, não consegue falar porque está intubado. O contato físico rosto-a-rosto substitui o diálogo verbal. O não-verbal, muitas vezes, diz mais do que o verbo. Este não-verbal pode ser uma oração com imposição das mãos. A filha ora em silêncio sob o olhar indiferente de alguém que trabalha aqui. Que importância tem? Muita, para os protagonistas do ato. Dá para perceber ansiedade e esperança nos olhos da filha. Como falar com a mãe em coma?

Continua o monólogo da filha sem obter respostas da mãe. Olha com carinho, acaricia, sussurra algo impossível de se entender. Conversa consigo mesma. O olhar exterioriza uma tristeza/preocupação. Outra filha chora em silêncio e massageia quase desesperada os pés da mãe. Mostra muita ansiedade. Ora balbuciando alguma coisa, como se pedindo socorro. Quanta dor represada! Quanta mágoa contida!

Prossegue a “fala” monologada que exterioriza a esperança percebida na entonação da voz, no olhar e no gesto/afago/carinho. Aos poucos os olhos vão-se avermelhando e umedecendo de lágrimas, tomando conta da região periorbitária e se transforma numa mancha avermelhada em torno dos olhos. A emoção embarga a voz e a ansiedade toma conta. É o choro velado, silencioso, acanhado, mas choro de um sentimento não contido. Agora a filha faz uma oração impondo as mãos, debruçando sobre o leito, acaricia, beija as mãos de seu doente. Sabe que o caso é grave e há pouca esperança.

Que morte é essa que não vem, que apenas ameaça, fica ali, ao lado, expectando, esperando o momento mais propício para se assomar e assumir o lugar da vida. Lá vêm as lágrimas que não se contêm.

Alheia a tudo e a todos, a pessoa que chora sem lamentar, olha o leito ao lado, onde a acompanhante sorri esperançosa porque vislumbra alguma melhora em seu doente. Que bom que, no meu caso (pensaria ela) também fosse assim. Aqui a esperança é tênue. Só lhe resta esperar orando, acariciando os pés, as mãos, qualquer parte do corpo na esperança que a mãe receba este afago, carinho, afeto e possa, pelo menos, tomar ciência dele.

É discutível, mas muitos acreditam que um doente em coma, ou sedado, pode perceber, sentir, receber um carinho manifesto. Alguns médicos recomendam que o familiar visitante converse com o doente em coma:

[...] a gente faz orientações aos familiares durante as visitas, mesmo em paciente em coma induzido, exerçam as características da visita: que é falar com o paciente, com familiar, trazer coisas boas, eu acho que ele tem sim (Médico 2).

Se assim for, por que não aproveitar esse momento para tentar colocar em dia as angústias, os sentimentos, os arrependimentos reprimidos por tanto tempo. Não se trata de uma prática assentada na ciência, mas naquilo que se tem de mais íntimo, subjetivo e que não é objeto da ciência, mas da fé.

Quanta coisa a dizer, a falar, a se arrepender e a se perdoar, mas... ...recebe o silêncio como resposta. Quando muito uma tosse entrecortada pelo tubo na laringe.

No leito 4 se ouve um sussurro através da máscara de nebulização, sussurro esse que diz todo o sentimento. É a mensagem cifrada do afeto. Recebe a visita de um filho e quase não muda a expressão. Foi preciso chamar sua atenção, só assim a conversa, então, fluiu.

O ritual da visita continua, são muitos os que querem ver seus parentes internados, o entra-e-sai prossegue,... ...lavar as mãos, beijar o rosto e...

As enfermeiras observam o aparelho que monitora as funções cardio-respiratórias do doente. Talvez tentando decifrar o enigma da vida/morte.

Ao lado, um filho insiste na conversa e tem o silêncio como resposta. Ajeita o lençol, coloca a mão na testa, acaricia o rosto, afaga, monologa, enfim, demonstra amor/afeto. Outra filha beija-lhe o rosto, curva-se e coloca a testa sobre a mão da mãe. Certamente reza em silêncio. Ajeitar o lençol é um gesto comum a todos.

A visita do doente do leito 2 ainda não chegou. Com inalação contínua, conversa consigo mesmo, gesticula, mexe-se solitário. Não recebeu visita hoje, pelo menos até agora ainda não. Enquanto isso o novo doente do leito 7, um senhor idoso, acaba de receber a visita da esposa, suponho que seja sua esposa pela forma com que lida com ele. Ao seu lado, no leito 6, está internado um portador de insuficiência respiratória que se encontra sonolento, não conversa com a visita. Outra visita lhe beija o rosto e o silêncio do sono continua.

O leito 1 foi ocupado por uma doente grave. Sua filha, que veio visitá-la, chora e ora em voz baixa, acariciando e beijando seus pés. Parece repetitivo, e é, mas tem sido um gesto muito comum aqui, algo como um ritual que deve fazer parte da cultura destas pessoas.

O que é dor/amor ao mesmo tempo? Sentimento complexo de “tudo/um pouco”, mas que no fundo exalta o amor de filho/mãe. Enrubescida chora/ora sem se importar com quem olha. Não vê o mundo à sua volta, apenas seu querer/estar com...

O ritual prossegue sem comover ninguém dos que trabalham aqui. Como ver e se comover se não olham o que se passa ali, entre os leitos da UTI, apenas percorrem o olhar por sobre o fato/ato amoroso demonstrado ali na cena da doença.

Novo dia. A hora da visita se aproxima e a preparação para esse evento cotidiano está terminando, há um arrumar dos leitos para que tudo fique em ordem e bem apresentável, pois é hora da visita.

Alguns visitantes “invadem” a UTI. O médico plantonista ainda não autorizou a entrada e sem essa autorização não há visita; na sua ausência, a enfermeira que chefia a equipe é quem autoriza. A ansiedade é grande, mas o “preparo”, a boa apresentação dos

doentes em seus respectivos leitos é importante para a visibilidade da UTI. Tudo deve estar nos conformes para que seja iniciada uma nova etapa, um novo dia, uma nova visitação.

O doente do leito 2 está falando com a “máscara” sobre a boca/nariz e o som de sua voz sai anasalado e quase metalizado, como se estivesse falando através de um cano metálico.

Certo dia percebi uma agitação, algo inusitado, o que foi explicada pelo fato de que será internada uma senhora importante. Ainda está no Centro Cirúrgico aguardando o momento de vir, mas como há uma demora, alguém telefonou ao comando do Hospital para que interviesse e a transferência fosse feita sem demoras. As hierarquias do mundo externo à UTI não consegue deixar de tentar se impor, mesmo aqui. Diplomáticamente a Enfermeira contornou a situação para que a visita não fosse alterada. Desse modo, a doente só deu entrada na UTI após o término da visitação. Assim, manteve-se a rotina e a norma foi respeitada.

A personagem foi internada reclamando muito, queria ir para casa. Tratava-se de alguém que fora operada de uma cirurgia ortopédica. Durante a transferência de responsabilidade pelo cuidado houve uma confraternização respeitosa entre as equipes, a da UTI e a do Centro Cirúrgico. Uma alegria pelo encontro, que me pareceu agradável e salutar. Em seguida, o médico plantonista foi chamado para examinar a doente, fazer a prescrição da medicação e estabelecer as rotinas e os exames necessários. Há uma certa agitação em torno desta doente por causa de seu parentesco com pessoas de importância político-social.

Uma poltrona foi colocada ao lado do seu leito e a família contratou duas técnicas de enfermagem para acompanhá-la; como isso não pode acontecer, essas profissionais alternam durante o horário de visita e acompanham o familiar que entra, contrariando as normas que só permite uma visita de cada vez. A administração superior, segundo fui informado, foi consultada sobre isso e negou a permissão, mas, mesmo assim, a família contraria as normas. Os demais doentes só recebem uma visita de cada vez.

O doente do leito 2 teve alta e foi para o quarto. Isso significa melhora do quadro clínico.

Hoje aconteceu algo interessante: alguém que ficou internado aqui por muito tempo, veio especialmente agradecer a equipe pelo bom atendimento e por sua melhora. Foi bem recebido por todos. Mostrava satisfação em estar lá para agradecer. Notei, por parte da equipe, uma certa euforia pela visita recebida. Essa pessoa havia sido internada por causa de um problema pulmonar grave, pois era um fumante inveterado, mas agora está bem e parou de fumar.

Com o término da visita a calma voltou à UTI.

Um médico faz uma punção de subclávia, que é uma pequena cirurgia para implantar um cateter nessa veia a fim de facilitar a introdução de medicamentos e alimentos não enterais, ou seja, aqueles alimentos que são administrados utilizando outra via que não a oral. Este procedimento é feito em doentes graves que não conseguem se alimentar.

Todos os doentes anteriores foram substituídos.

O doente do leito 6, que fica em um quarto de isolamento, morreu e em seu lugar entrou a importante senhora que estava no leito 1 porque teve seu quadro clínico agravado.

Agora que ocupa esse leito 1 é um homem com broncopneumonia grave e se encontra intubado, em coma induzido, com tubos que saem da boca e se subdividem em tubos maiores, sanfonados. Parece um cyborg, conceito que será tratado mais à frente. Com equipamentos para avaliar a Pressão Venosa Central, com punção de subclávia, etc., necessita ser aspirado de tempo em tempo para retirada de secreção nas vias respiratórias e melhorar a respiração. O ruído da aspiração é parecido com aquele que acontece ao final da sucção de uma garrafa de refrigerante com canudinho.

São 15:45 h e é o final da visitação. O médico atende em “audiência” as visitas/familiares para esclarecer cada caso, a situação de cada doente. Boletim Médico é o termo usado e é o momento onde todos e cada um fica sabendo como está o seu doente, qual é a sua situação naquele momento. Há uma calma, quebrada apenas pela conversa entre os técnicos. O doente do leito 6 está sedado e o do leito 7 em coma induzido. Há silêncio entre eles, nenhuma fala, nenhum gemido. Enquanto isso o ocupante do leito 4, recém saído de um Edema Agudo de Pulmão, observa calado o movimento da sala.

Há uma calma na UTI. A doente do leito 6 piorou e teve ser assistida pelo Bipap⁹ (AMIB, 2007), que é um aparelho que ajuda o doente a respirar, facilitando o trabalho dos pulmões. A sua filha, em conversa com a enfermeira responsável, afirmou que não gostaria que a mãe morresse na UTI por causa da solidão, não haverá ninguém para segurar suas mãos. Isso me fez lembrar Nuland (1995) quando fala da pior forma de morrer sozinho, a mais desconfortável e solitária é quando se oculta do moribundo o conhecimento da certeza da morte.

⁹ Bipap: Aparelho utilizado para suporte à respiração de forma não invasiva, utilizando máscara nasal ou facial, para evitar a necessidade de colocação de um tubo na garganta para ventilar o paciente.

Em uma conversa com a Enfermeira, fiquei sabendo, com muita sutileza da parte dela, que eventualmente acontece alguma coisa que ela chamou de iatrogênese, mas que percebi ser algo além disso. Entendi como um problema relacionado à atuação da equipe médica. Alguma falha médica, foi isso que entendi de sua fala.

O médico plantonista de hoje quer encerrar a visita às 15:30 h, pontualmente, pois quer dar o Boletim Médico nessa hora para não atrasar um compromisso que tem em seguida. Por ser a maior autoridade daqui e tem outro compromisso, decide quando e como fazer as coisas.

O nosso doente do leito 6 também parece um cyborg. Tem vários tubos, vários, não fala (nem poderia – com tubo na boca não dá para falar), não sente a presença de alguém, ou sente, mas não tem como se comunicar por causa dos tubos e restrições à comunicação. O médico plantonista reforça sua determinação, vai encerrar a visita às 15:30h porque às 16 h ele sairá do plantão. Não são os interesses/necessidades dos seres internados e seus familiares que prevalecem.

Em conversa com uma visita, fui informado que costuma se estabelecer uma rede de solidariedade entre as famílias, principalmente quando o doente é grave e jovem, como o caso do leito 5, onde uma jovem de 20 anos padece de um problema grave no pâncreas que obrigou uma cirurgia complicada e com muitos riscos. Sua família foi levada à casa de alguém que teve uma filha internada nesta UTI por bastante tempo e em estado muito grave. Nas palavras do meu informante, ela recebeu “*uma lição de vida e de coragem*” para, assim, poder enfrentar o problema que está vivendo. Alguns dias depois de eu ter encerrado a minha observação, fiquei sabendo que esta jovem morreu.

Alguns minutos ao lado de seu parente na UTI devem significar muitos anos de convivência. Um gesto, um afago vale tanto quanto qualquer remédio, embora a ciência ortodoxa não pense assim, não acredita nisso. Ou acredita, mas não tem coragem de assumir porque pode não ser “bem vista” pelos que acreditam nesse paradigma da ciência sem consciência e sem sentimento.

Relatos de acompanhantes dão conta da formação de um vínculo de amizade entre os familiares dos doentes, especialmente quando permanecem por mais tempo internado. Os familiares daqueles que têm alta preocupam-se com os que ficaram e buscam informações. A Sala de Espera onde todos se concentram aguardando o horário da visita é o espaço onde os laços se estabelecem e todos compartilham seus problemas, suas dores e suas esperanças.

Embora pertença a um não-lugar, o entorno da UTI se torna um lugar onde a vida e as relações se travam.

Muitos falam da qualidade do atendimento, de uma forma carinhosa e grata. Mandam cartões de agradecimento, trazem presentes, guloseimas, qualquer coisa enfim, até mesmo voltam para agradecer pessoalmente a cada trabalhador da UTI. Em um Quadro de Avisos, em uma ante-sala da UTI, estão afixados vários cartões de agradecimentos onde estão mensagens de carinho.

CAPÍTULO 4

4 REFLEXÕES SOBRE A MORTE

4.1 Os profissionais da UTI diante da morte

Devemos evidenciar, aqui, que a morte é aceita pelos profissionais como um fato natural na vida do ser humano, entretanto esse mesmo ser humano, quando doente, não a aceita obviamente. Talvez, essa seja uma das razões pelas quais, muitas vezes, essa morte não é percebida pelo moribundo, pois foi seqüestrada e sua experiência não pode ser vivenciada por estar em coma ou sedado.

Para os profissionais da saúde ela acontece como um acidente porque estão procurando a “não morte” tentando garantir a vida. Uma coisa é a morte e como ela se processa naqueles que morrem, para os profissionais da saúde ela acontece independente de qualquer intervenção. É o que se percebe na fala de um depoente:

*A morte acontece independente do médico, a gente **não**¹⁰ está na UTI para evitar a morte. A gente está na UTI para tratar uma doença tratável. Então, é diferente, se a doença é tratável, o doente pode ou não morrer, óbvio. Dependendo do que eu fizer de tratamento, quer dizer... ..eu não estou ali **evitando** a morte de um doente, estou tratando um doente que eu acho que tem chance de **viver**, é essa minha visão (Médico 3).*

Também, uma técnica de enfermagem entrevistada confirma esta posição, parecendo representar a opinião geral de todos os que trabalham nesta unidade de terapia intensiva. É óbvio que existem exceções e isso foi demonstrado na fala de um dos entrevistados que confirmou a existência de profissionais que praticam a distanásia para ampliar o tempo do doente na UTI e, com isso, ter um ganho maior.

Outro médico entrevistado reafirma que a UTI é um lugar para lutar pela vida, mas aceita a morte. Não é um lugar para doentes terminais, ou seja, se não é lugar para doentes terminais significa que estes não devem ser internados na UTI porque não é o lugar para evitar o morrer, mas para tentar salvar aqueles que têm chance de sobreviver.

¹⁰ As palavras em negrito indicam uma acentuada ênfase por parte do entrevistado

UTI é um lugar para lutar pela vida. Aceita a morte, mas não é um lugar para doentes terminais (Médico 3).

Muitas famílias são orientadas e influenciadas pelo médico para que seus familiares sejam internados na UTI, como um lugar de conforto e esperança. É o que acredita uma fisioterapeuta com longos anos de experiência em terapia intensiva. Diz ela:

Eu acho que de um modo geral os familiares, o que eu percebo que eles confiam muito, acreditam muito naquilo que o médico coloca pra eles assim, então se o médico coloca que ainda para UTI é uma coisa importante, no sentido de dar conforto pra pessoa, ou ainda que é uma esperança (Fisioterapeuta).

Nuland (1995, p. 272) descreve em seu livro os sons emitidos pelos equipamentos utilizados na UTI, o que ele chama de panóplia tecnológica, como uma biotecnologia criada para dar esperança, mas serve, na verdade, para tirá-la e “deixar nossos sobreviventes sem as memórias finais sem máculas que por direito pertencem àqueles que ficam por perto à medida que nossos dias chegam ao fim”.

Essa esperança tem uma acentuada colaboração da crença religiosa. Voluntárias de uma Irmandade Religiosa freqüentam a UTI para levar conforto, palavras de incentivo e, até mesmo, simplesmente conversar, fazer companhia àqueles que se encontram sem visitas. Algumas vezes na semana, isso varia muito, uma missionária leva a comunhão aos doentes; antes, pede permissão ao médico e se informa quais deles podem receber a hóstia sem interferir no tratamento. Sempre traz um pequeno embrulho com as hóstias dentro. Eventualmente faz uma oração em voz alta diante de um dos leitos com doente mais grave.

Embora existam muitas queixas contra a UTI, especialmente de como ela é, com suas regras, seus controles e isolamentos, a artificialidade de tudo, da iluminação, das relações, etc., praticamente todos que têm algum tipo de relação com ela, seja como profissional, como doente ou como visitante de um parente internado são unânimes em afirmar a sua necessidade e a sua importância no tratamento de doentes graves e com risco de morte.

Quando questionados sobre o que precisa ser mudado na UTI para melhorar as condições de atendimento e dar mais conforto ao doente e a sua família, todos os informantes são enfáticos no sentido de que é preciso mudar para melhorar a vida dos doentes internados.

Algumas falas demonstram isso:

Aiii.... Eu acho que, assim... ...a gente tem excelentes profissionais aqui dentro, mas eu acho que falta muita humanidade (Fisioterapeuta).

E explica o que percebe como humanidade:

*É, assim, atenção, é..., é..., é... atenção, é eu acho que é dar **atenção**, dá **carinho**, conversar, estar **presente**, é..., é..., é..., se a pessoa chama, uma pessoa que está... (Fisioterapeuta).*

Então o depoente disparou a falar com muita rapidez, como se querendo desabafar, jogar para fora algo que estava aprisionado dentro de si

[...] no respirador, que não pode falar, que tem dificuldade de comunicar, está até com a mão contida porque tem uma acesso venoso, está com a mão amarrada, que está meio sedado pode ir lá, puxar a mão do tubo então a pessoa tem toda forma de comunicação....as vezes a pessoa até quer falar alguma coisa, quer dizer alguém coisa, quer perguntar, pensa em perguntar, mas não tem como. Então a pessoa precisa estar re-situando o paciente em relação àquele momento, em relação à realidade. Eu acho que está faltando aqui na UTI também... é muita luz artificial não tem luz natural a pessoa perde a noção do dia e da noite, não é? (Fisioterapeuta).

Outro profissional expressa seu pensamento sobre a humanização, mas questiona a sua possibilidade em função de problemas de natureza técnica e ética na UTI.

Existem vários projetos de humanização pra trazer a família pra dentro da UTI, parece tudo muito bonito na teoria, na pratica e complicado. É complicado... ..não é nem questão financeira. É complicado... ..lógico, tem que ter toda uma estrutura muito maior, leitos individuais, quartos fechados, porque não dá ficar todo mundo no mesmo salão. É obvio que a estrutura física tem que ser repensada. Mas a questão do profissional que trabalha dentro da UTI é... ..tem que ser muito bem trabalhada uma carga muito grande. Qualquer pessoa... (Médico 1).

E exemplifica

[...] é falta de certa privacidade que a gente tem quando fecha a porta da UTI, né, que é uma coisa que nos protege, o fato de trabalhar dentro de um ambiente fechado, tudo acontece e todo mundo do lado de fora imaginando o que está acontecendo, nos dá uma certa proteção quando tem uma pessoa estranha ao serviço é tudo um pouco mais estressante, mas eu acho que trabalhado, com o tempo, eu acho que isso é possível realizar. Já aconteceu aqui de o paciente está morrendo e a família entrar, rezar e chorar, mas eu acho que é meio complicado ainda, mas já tive essa experiência (Médico 1).

Elias (2001) compara dois tipos de comportamentos referentes à presença da família na UTI. A primeira se refere ao fato de, em hospitais norte-americanos, os moribundos receberem um tratamento médico cientificamente muito avançado, mas que consideram o contato com a família inconveniente para o tratamento racional dos doentes e para o cumprimento das rotinas da equipe cuidadora. Citando um trabalho de Glaser e Strauss, Elias reforça a idéia que em regiões menos desenvolvidas, a presença da família é bem-vinda

porque, além de oferecer conforto e atenção aos moribundos, libera a equipe de enfermagem para outras tarefas.

Elias ainda chama a atenção para o fato de, nos lugares onde a família não é aceita, “a equipe gasta parte de seu tempo confortando os parentes” (ELIAS, 2001, p. 99).

A complexidade da prática onde a família é aceita ao lado do moribundo não pode ser vista apenas pelo lado da (possível) transmissão de germes a um doente grave e com baixa resistência orgânica, como refere Elias. É preciso levar em conta, também e principalmente, o fato de a presença de alguém querido pelo doente e que também o ama, pode, e isso já foi demonstrado em muitas pesquisas científicas que não cabe citar aqui, aumentar o grau de resistência orgânica e ampliar as possibilidades de melhora do doente ou, pelo menos, prolongar seu tempo de vida.

Esta forma de pensar é compartilhada por Elias quando afirma que

Possivelmente sua presença adia a morte, pois pode ser uma das grandes alegrias dos moribundos estarem cercados por parentes e amigos – última prova de amor, último sinal de que significam alguma coisa para os outros. É um grande apoio – encontrar eco dos seus sentimentos nos outros que se ama e a quem se está apegado, e cuja presença faz surgir um sentimento terno de pertencer à família humana. (ELIAS, 2001, p. 99).

Ao buscar o que os profissionais da equipe pensavam a respeito de a UTI ser diferente, oferecendo mais conforto aos doentes, com luz natural, etc., obtive as seguintes informações:

1. A UTI poderia ser diferente. Há um projeto de se fazer uma nova UTI neste Hospital, com janelas que dêem visão para o mar. Assim, os doentes e os profissionais poderiam desfrutar da paisagem;
2. Em Porto Alegre – RS - existe música ambiente em algumas UTIs. O problema da música ou não depende da visão de quem decide, ou seja, a chefia da UTI;
3. Com relação ao tempo de visita, a presença de familiares pode inibir as atividades da equipe, dificultando intervenções necessárias e urgentes. Além de ser um maior número de “veículos” para o transporte de germes;
4. Não existe um padrão universal para as UTIs, mas uma semelhança entre elas. As premissas que deram origem às UTIs é que as tornam semelhantes. As operações são praticamente as mesmas. Os tempos de ação devem ser os menores possíveis, por isso os espaços são organizados para atender essas premissas;

5. Nada impede que o doente tenha um microfone para gravar seus recados e queixas. O que falta é sensibilidade de quem dirige a UTI.

Com relação à transmissão de infecção há uma discordância na equipe:

Não há chance de infecção. A infecção que existe é a infecção cruzada de um doente para outro, o familiar não. Quem infecta é o fisioterapeuta, o médico o enfermeiro, que fica transferindo porque não lava a mão. É esse o cara que contamina, não é o pessoal de fora (Médico 3).

Este mesmo profissional reafirma:

Necessariamente deveria ter uma janela, inclusive a UTI que estamos projetando aqui, a UTI futura será toda aberta. Até que poderia ter (som), mas o ideal é que cada um tenha o seu... ..alguns pacientes já têm o seu, aquela menina, por exemplo, ela tem um som. O cara que está aí, fora do ar, não adianta botar (som), né? Quando o indivíduo está lúcido, nada impede. O som ambiente é um negócio complicado. Por quê? Porque eu tenho muito barulho aqui na UTI, daqui a pouco eu terei uma poluição aqui na UTI, uma confusão de sons. O ideal é que o som seja para cada unidade. Um head-fone para cada doente (Médico 3).

Quando perguntado por que os doentes não podem ter um gravador para gravar seus recados, mensagens para a família, sua resposta foi:

Existem três situações: a) Doente consciente - Ele está seguro e ele vai conversar com a família normalmente; b) Segundo, paciente... , o que sobe e desce, “viaja”, esta oscilando [Pausa] qualquer tipo de gravador não iria contribuir para nada; c) O terceiro está em coma, não vai adiantar nada. Paciente de UTI tem sempre alucinação [...] O único desconforto é não ter privacidade (Médico 3).

Com relação à presença da família mais tempo na UTI, acompanhando o doente...

Olha, se as condições físicas forem adequadas, não só pode como deve. Deveria ter um local junto para os familiares. Se o familiar tiver estrutura emocional, sim. O correto é ter baias individuais, um leito e uma poltrona individual, uma TV, isso é possível e desejável. O problema é dinheiro (Médico 3).

Com relação à UTI pesquisada oferecer condições para que o doente tenha companhia da família, este outro profissional interpretou que

Esse modelo de UTI que nós temos no Brasil ainda não. Em alguns outros centros, na Europa e nos Estados Unidos, já tem UTI em quartos separados onde o paciente pode ficar com acompanhamento, ali, 24 horas por dia (Médico 2).

Com relação à morte na UTI sem a presença da família, afirmou que

Essa é uma questão muito nova, aqui em termos de medicina no Brasil, a questão da morte assistida. Muitas pessoas, e eu já conversei com alguns familiares, e eles preferem que o doente morra no hospital do que ao redor da família em casa. Para muitos existe o conforto de que, pelo menos, está morrendo com assistência médica. A minha concepção é de seria melhor para o paciente morrer ao redor ou ao entorno das pessoas de que ele gosta, até o momento final da vida dele (Médico 2)

Ao ser perguntado se o médico, hoje, aceita essa presença da família junto com o doente na hora de morrer, respondeu

A minha formação inicial é infectologia. Eu já fui pra infectologia numa era de AIDS e foi uma opção eu trabalhar com isso. Durante todo tempo que trabalhei com AIDS eu sempre em meus pacientes terminais todos os doentes de AIDS eu dou preferência que eles evoluíssem pra óbitos ao lado da família e muitas famílias aceitavam isso (Médico 2).

Essas questões pertinentes à presença da família na UTI, ao lado de seu doente, não devem ser analisadas sob uma ótica minimalista, centrada na exclusividade ou na singularidade de uma regra específica. Cada doente em sua singularidade é e deve ser compreendido e aceito como alguém único, logo, não sujeito a uma normatização de um outro sujeito com o mesmo estatuto.

4.2 A morte e o processo de morrer na UTI

Como falei anteriormente, meu objeto de pesquisa é a morte na UTI e os personagens do entorno da morte foram coadjuvantes nesta pesquisa. A observação do pesquisador foi a fonte privilegiada de informação, permitindo assistir a esse evento.

Antes, devo relatar os fatos como eles foram acontecendo com os doentes internados, muitos dos quais tiveram alta melhorada e foram transferidos para um apartamento ou enfermaria, - foram para o “andar”, conforme linguajar dos profissionais da UTI - onde ocorreria a continuidade no tratamento. Outros não tiveram a mesma sorte e cumpriram o ritual final da vida, a passagem para o além, encontraram a morte.

Algumas vezes a morte estava ali, bem ao lado, visível na condição grave do doente, na impotência da medicina e da própria ciência em resolver aquelas questões tão complexas e incontornáveis. É de se perguntar: que morte é essa que não vem, que apenas ameaça, fica ali,

ao lado, expectando, esperando o momento mais propício para se assomar e assumir o lugar da vida. Quantas vezes observei um familiar, ao lado de seu doente, mergulhado em seu solitário sofrimento. De repente, lá vêm as lágrimas que não se pode conter. Alheio a tudo e a todos, o ser que chorava, sequer lamentava. Olhava o doente do leito ao lado e percebia a pessoa que estava visitando vislumbrar alguma melhora e sorrir esperançosa. Por certo imaginava: que bom seria se no meu caso também fosse assim. Aqui a esperança é tênue. Só lhe restava esperar orando, acariciando os pés, as mãos, qualquer parte do corpo na esperança que o seu doente pudesse receber este afago, carinho, afeto e pudesse, pelo menos, tomar ciência dele.

Em 18 de julho 2007, sétimo dia de observação, logo que cheguei à UTI, a primeira coisa que percebi foi a morte do doente que ocupava o Leito 3. Morreu na noite anterior, após a minha saída. No seu lugar, foi internada uma doente com câncer de mama e com metástase óssea que não me parecia tão grave. A morte daquele doente foi uma morte “normal”, se é que podemos chamar de normal a morte, mas escolhemos essa palavra aspeada para falar de uma morte sem grandes efeitos, como intervenções da equipe tentando salvar o que restava de vida naquele ser, utilizando os aparelhos de ressuscitação e outras manobras heróicas.

Uma doente internada no Leito 6, isolada por ser um caso mais grave, devido à idade e à várias complicações, só consegue pensar e sentir, apenas. Estar intubada e consciente deve ser extremamente desconfortável, terrível mesmo. Seus olhos estão semi-abertos (é tão pouco para abrir, mas lhe faltam forças/vida). Olha o nada acima e à frente (única chance para olhar, a direção é obrigatória, já que se encontra contida). Os olhos se movem lentamente como se querendo ver além do possível. O que pensa? O que sente? Sente? Pensa? O que deseja para si aqui e agora? Vida? Que vida? Qual vida? Ou será que deseja logo a morte?

Estas inquietações passam obrigatória e inconscientemente pela minha cabeça. Não se consegue não pensar nisso, ficar alheio à essa situação, à essa condição de não-morte e de não-vida, ou “vida”, aspeada, conforme falei anteriormente. Esta doente parece um cyborg. Tem vários tubos conectados a ela, por serem vários, não fala, nem poderia. Como falar com tubo na boca! Não sente a presença de alguém, ou sente, mas não tem como se comunicar por causa dos tubos e restrições à comunicação.

Esse momento que chamo de não-vida também foi descrito por Grmek (2006, p. 7)

Temos aqui um terceiro estado, estado de fronteira, de “não vida – não morte”. As estruturas podem ser conservadas, mas não há atividade alguma vital, e apesar disso a vida pode voltar. A biologia, as pesquisas biológicas, após a segunda metade do séc. XIX, demonstraram a possibilidade de se

congelarem tais processos; não podemos falar mais da vida, mas da vida latente. É vida em potência, mas não é vida em ato, de qualquer modo não é morte. Nasce a existência deste terceiro estado que é algo completamente novo também no pensamento filosófico.

Para os profissionais que lidam na UTI, o doente sente alguma coisa, percebe, comunica com o meio exterior de alguma forma, e recebe algum tipo de comunicação do meio exterior. Um dos entrevistados afirmou categoricamente que,

[...] eu acho que pode receber (comunicação do exterior), tanto que a gente faz orientações aos familiares durante as visitas, mesmo em paciente em coma induzido, exerçam as características da visita: que é falar com o paciente, com familiar, trazer coisas boas, eu acho que ele tem sim (Médico 2).

Todos os técnicos da UTI foram unânimes em afirmar que, mesmo em coma, ou sedado os doentes conseguem captar o que foi dito durante o seu estado de inconsciência. Alguns desses doentes referiram e repetiram, mais tarde, depois de retornar ao estado de consciência, falas “ouvidas” enquanto estava inconsciente. Isso foi constatado por um entrevistado que afirmou:

É... ...existem varias experiências de pacientes sedados plenos se lembravam de algumas coisas. Alguns dizem que era alucinação, e tudo mais, e tem vários relatos de pacientes que lembram de situações que a princípio a gente não pensaria que eles perceberiam. A gente tem que ter muito cuidado com isso também (Médico 1).

Quando perguntado sobre uma experiência pessoal com esse fenômeno, respondeu que

Já! O paciente morrendo, em choque profundo, zero de pressão, sangrando, o doente... ...eu me lembro que eu entrei no Centro Cirúrgico apertando a barriga, sangrava uma grande veia. O cirurgião entrando e o anestesista, e eu sai e soube que o anestesista comentou – será que vale a pena, será que ele vai sobreviver à cirurgia? E o paciente disse que escutou esse comentário. Se alguém falou pra ele ou não, eu acredito que ele tenha escutado, apesar de ter sido sedado, apesar de estar chocado, e tudo o mais. Outras várias experiências de pacientes que dizem – olha, eu escutei falado isso, às vezes são alucinações, mas as vezes o paciente percebe e não é só o que escuta, é o que sente e isso é muito difícil de quantificar (Médico 1).

Em outro leito, o de número 3, há um prenúncio de morte. Quem “fala” por ela são os equipamentos cujos monitores denunciam o seu estado. Alguém comenta: “*acho que vamos ter um servicinho a mais hoje*”, com o olhar dirigido para essa doente, que se encontra em estado comatoso já há alguns dias. Parece que não há nenhum tipo de emoção/sentimento na sua fala, apenas exterioriza algo rotineiro, um “mais um” que se vai sem se despedir. A

experiência da morte lhe foi tomada, não permitida, pois a medicação já lhe proveu da morte social, familiar, relacional, etc. Só lhe resta agora a morte final, definitiva.

Há outro doente muito grave, o do Leito 2. Ouvi o médico falando que após visita irá proceder ao Protocolo de Morte Encefálica (Anexo 4). A filha que veio visitá-lo ainda não sabe da morte encefálica. Observa em silêncio, olhos tristes e chorosos. Parece adivinhar o evento final que se aproxima. Quando? Para esta pergunta não há uma resposta, apenas se sabe que será breve, logo, mas é impossível dizer com alguma exatidão.

O silêncio, com alguns ruídos, é quebrado pelos apitos das máquinas que denunciam qualquer alteração em qualquer doente. O ruído dos respiradores imita o ressonar do ronco dos que dormem profundamente. UTI, negação da morte tenta se manter viva.

Aguardo o início do Protocolo para Morte Encefálica. Ao que me parece, a neurologista só viria após as 18h. Depois, o médico plantonista deverá fazer uma segunda avaliação 6 horas após a primeira. Antes disso não pode ser considerado formalmente como Morte Encefálica. O diagnóstico/sentença é feito a partir dos exames clínicos e eletroencefalográficos. Não vi fazer EEG. Será feito pela neurologista? Vou aguardar esse exame. Fui informado pela enfermeira que o EEG não é feito como rotina, apenas os testes padronizados no Protocolo.

Um dos técnicos comenta que talvez o doente não resista até as 18h por se encontrar hipotenso, apesar de só faltarem alguns minutos (algo em torno de 1 hora e meia). Imagino que isso se deva ao profissional que fez o comentário ser antigo neste serviço e já deve ter assistido à muitos casos semelhantes.

Comenta-se sobre doação de órgãos: rins, córneas. A família ainda não tomou conhecimento da situação atual do doente. Cabe uma pergunta; uma pessoa de 78 anos de idade pode doar órgãos? Dito de outra forma, os órgãos de uma pessoa de 78 anos têm condições de serem doados?

Lá está ele, solitário com seus tubos, sem ninguém ao lado. Há um silêncio em seu entorno. A solidão dos moribundos, conforme Elias.

Mesmo com o respirador acoplado a ele, a respiração é débil, curta, apenas um discreto ressonar do aparelho. No corpo o silêncio imóvel dos moribundos. Embora esteja morrendo, ninguém está atento a ele, nem preocupado. Alguém demonstra algum sentimento. O médico autoriza o “nada fazer”, apenas cumprir o ritual da espera. O monitor mostra um traçado do coração teimoso que ainda bate.

Há uma equimose na região malar resultante da queda que sofreu por causa de um Acidente Vascular Cerebral que trouxe, com conseqüência, um Traumatismo Crânio Encefálico. Permanece imóvel, sem nenhum movimento!

O monitor anuncia em seu visor que ele não tem mais respiração autônoma, espontânea. A máquina respira por ele. Ele não diz mais nada, a máquina fala por ele, tomou seu lugar na vida, vive por ele. Uma encruzilhada, ou seria uma zona de fronteira onde as duas coisas se entrecruzam e se misturam? Seria o pós-humano de que fala Sibilía (2003)? A vida se esmaecendo e a morte ganhando corpo, ocupando seu lugar no corpo. Nessa zona de fronteira quem diz é o equipamento com seu discreto ruído. Não é o som/ruído que fala, mas a imagem, que são números e gráficos. Essa imagem é traduzida em textos pelo leitor que é a equipe de saúde. Essa é sua fala, seu dizer sobre o que não foi dito – a morte.

Silêncio e solidão! Medo? Não foi possível ter medo. O medicamento proibiu, impediu, interditou, não deu chance para o medo. Nem para a esperança de si.

Perplexo, acompanho o desenrolar do evento final. Intervir? Para que? Por quê? O ser já não existe, apenas seus débeis sinais de existência. Ali está, à minha frente, conectado a 5 aparelhos, além de dois frascos ligados a sua veia. Tem uma sonda vesical para colher a sua última urina. Ela desemboca em um frasco fusiforme transparente, posto de observação da entrada na bolsa coletora, plástica e transparente também. Já não goteja, estagnou-se o fluxo, sinal claro da ausência da fábrica – os rins.

Não há testemunha, apenas a “caixa-preta” colhe os dados que serão lidos diretamente. Esta “caixa-preta”, diferente da outra, não grava os dados para análise posterior. Como no trabalho em saúde, o produto é consumido no momento de sua produção, logo, não há produto. O “produto” do trabalho em saúde é o cuidado. Como ninguém está cuidando, não há trabalho nem produto. O aparelho monitora, mas monitorar não é cuidar.

São 17:50h, a Pressão Arterial é de 68 x 30 mmHg e a Frequência Cardíaca de 66 sístoles por minuto.

18:00h – A neurologista ainda não apareceu. Nosso moribundo continua em sua pré-morte. O monitor ainda indica a mesma Pressão Arterial, nada mudou. Parece atender aos desígnios da UTI, negar a morte, mesmo que seja artificializando o “viver” sem sentido.

18:20h – A neurologista ainda não chegou. Continuo esperando a morte, como na música, para assistir à realização do Protocolo de Morte Cerebral.

Há uma “morte assistencial” – não há mais aplicação de medicamentos, por orientação médica, apenas mantêm aqueles que já estão sendo aplicados. Ali está no seu silêncio e solidão.

Entrou uma mulher, deve ser a neurologista. Sim, é ela. Até que enfim assistirei a tal Protocolo.

O exame não foi completado porque a região periorbitária está edemaciada e não permite um exame acurado. Houve uma discreta resposta ao Sinal de Babinsky à direita. O exame pupilar não foi suficientemente claro para garantir uma resposta correta. Injeção de soro gelado no conduto auditivo provoca nistágmo no olho do mesmo lado. Não houve resposta. A médica resolveu suspender os exames, que deverão ser refeitos amanhã. Enquanto isso... Foi mantida a medicação de suporte que já estava tomando. Apenas para evitar a febre, a úlcera; nada específico para melhorar o quadro neurológico. Só um anticonvulsivante. Pensado bem, para que manter vivo um ser nessas condições?

Lá está ele, do mesmo jeito, esperando....

A neurologista me informou que, geralmente, as famílias não querem que alguém morra em casa. Preferem que morra no Hospital, mais provavelmente na UTI. Assim, paradoxalmente, a UTI que é um lugar que nega a morte (ou pelo menos tenta negar) torna-se o lugar onde ela ocorre. Entretanto essa morte é negada até o momento em que, apesar de toda tecnologia médica, nada mais dá resultado.

Perguntei à um profissional médico, que trabalha aqui, se considera a UTI como um lugar de não morte, que nega o morrer. Obtive como resposta que

*Não, na minha visão, não, e [Pausa] existem alguns intensivista que por outros motivos não médicos, fazem de tudo para que o doente não morra naquele momento [Pausa] a distanásia é o sofrer desnecessariamente, fazer procedimentos fúteis [Pausa] a paciente do leito 6 tem disfunção cardíaca, pulmonar, diabetes, estava em coma, tinha Alzheimer, 91 anos e fez Insuficiência Renal. Vai fazer diálise nessa doente? Não tem indicação porque ela não vai melhorar, inclusive a chance de ela morrer na diálise era muito grande. Tu poderias fazer diálise, fazer traqueostomia, fazer transfusão de sangue ad eternum, poderia fazer um monte de coisas que é o que a gente chama de distanásia. Ou podes manter um conforto mínimo que a gente consegue, uma analgesia, e dependendo do nível de sedação, mais profundo ou não, dependendo do contato com a família, as vezes a família não quer que o paciente durma, ou as vezes a família quer que o paciente durma. Isso dá pra conversar nesses momentos quando a gente tem uma boa relação, assim. E algumas coisas que são questionadas: mantém dieta, ou não mantém dieta, mantém soro ou não mantém soro, o que for necessário para dar conforto ou deixar o organismo evoluir. Porque a gente não pode **nem** falar na possibilidade de eutanásia no Brasil, porque acaba preso,*

então a gente não pode desligar aparelho não pode induzir nada, não pode fazer nada, apesar de saber que é provável que o paciente vai morrer em algum momento mais adiante (Médico 1).

UTI é um lugar para lutar pela vida. Aceita a morte, mas não é um lugar para doentes terminais (Médico 3).

Morreu de manhã...

O sinal mais visível de sua morte era o colchão colocado de pé, apoiado em uma lateral, inclinado em 45°. Deve ter sido lavado, sempre é, com algum antisséptico, germicida ou coisa que o valha. Parece gritar pela ausência de seu doente que faleceu, sinal imagético da morte anterior. Alguém deve vir para ocupar esse espaço necessário.

Quem ocupou este lugar, o leito 3, foi uma velha senhora com uma aparência muito depressiva, silenciosa e dificultando toda relação com as pessoas. Hoje ela não recebeu nenhuma visita. Encontra-se constantemente dormindo com um ar sereno. Quando acordada demonstra um alheamento quase total. O monitor fala por ela, contando de sua Pressão Arterial, de sua função cardíaca. O eletrocardiograma em duas derivações fala, pela imagem que aparece na tela, que seu coração funciona bem.

Enquanto eu a observava, chegou uma visita que a chamou de vó. Não houve resposta, nem tomou conhecimento da presença da visita, ao que parece. A visita insiste, mas não obtém resposta alguma. Abandonou a vida de relação? Não quer mais viver essa vida ou todas as outras vidas também?

Alguém da família informa que ontem a doente não tinha tosse, que apareceu hoje e diz que está acompanhando a evolução do quadro. A técnica de enfermagem comenta que quando a doente ainda conversava, não aparecia ninguém para visitá-la, as visitas só apareceram depois que a doente deixou de se comunicar. Não seria isto uma das múltiplas razões pelo seu alheamento? É claro que houve piora no quadro clínico, mas as técnicas de enfermagem que a atendem afirmam que conseguem alguma resposta dela. Talvez seja uma forma de protesto, uma queixa muda contra algo não resolvido, mas que poderia ser se houvesse um espaço para o diálogo franco e orientado.

A velha senhora do leito 6 parece acordada e de olhos abertos, olhos que se movimentam de um lado para outro, sem mudar a posição da cabeça. Só os olhos se movimentam mirados no teto branco. Será que vê algo? Percebe minha presença ali? Como saber? Fica a indagação.

Continua em coma, não responde aos estímulos externos. A família afixou imagens de Santa Paulina e Santo Antonio na parede do quarto. Agora, agarram-se ao divino, talvez não espere muito do tratamento terreno. É preciso pedir ajuda.

No leito 3 a visita em silêncio permanece ao lado. Contempla, observa tentando entender aquilo tudo. Agora tenta um diálogo, mas não há resposta. A doente permanece muda, dormindo com a máscara de oxigênio sobre o nariz e a boca. O que fazer? Ficar ali parada, apenas olhando, curtindo a presença, ou ir embora e dar por visitado?

Prossegue o monólogo provocativo. Nada! Insiste na comunicação [Silêncio] ela não responde. A visita exterioriza ansiedade na inquietude do caminhar em volta do leito. Não responde à nenhuma pergunta e permanece calada. A visita sai desolada, meio perdida. Então veio me falar de sua impressão – *“Ela não está respondendo aos estímulos, mas é importante que eu fale sobre o que acontece lá fora – quem telefonou, quem foi visitar...”*, essas coisas do cotidiano familiar. Acredita que, mesmo que não responda, lá no fundo ela está sabendo e ouvindo tudo, e o fato de *“eu falar com ela é bom, por sentir que estou aqui com ela”*.

Permanece sem se comunicar com ninguém. A visita acaricia seu pé direito por sobre a colcha numa tentativa vã de mostrar que está ali, ao lado. Mas será uma tentativa vã? Pode ser que ela percebe, mas, talvez, não deseje nenhuma comunicação com o mundo de fora de si, ou com aquela determinada pessoa. Seria isso uma negação da vida? Um assumir a morte social e familiar. Como saber?

A UTI não é um lugar para se lutar contra a morte no sentido de negá-la. É o espaço de trabalho onde se tenta melhorar as condições de saúde daqueles que, em estando com uma doença grave, encontram-se em condições de recuperar o equilíbrio perdido. É evidente que nem todos conseguem restabelecer esse equilíbrio, mas é necessário e imprescindível tentar, jamais desistir. Afinal, estamos lidando com vidas humanas.

A idéia de uma UTI como lugar de negar a morte só pode ser percebida e aceita do ponto de vista do doente, mas não corresponde ao que aparece nas conversas com os intensivistas. O que fica evidente, que é um lugar de esperança, não de desistências. Abandonar a luta pela vida, desistir da luta, só acontece quando o inexorável se realiza, a morte encefálica. Então, uma outra luta tem início. Aquele que tem morte encefálica declarada é avaliado para saber se tem condições de doar órgãos para transplantes. Isso é feito por outra equipe que assume o lugar e tenta convencer a família para a doação. Se isso for aceito, começa a implementação dos procedimentos para a doação e transplantes - localizar

prováveis receptores, iniciar os exames de compatibilidade, as questões legais, éticas, técnicas, burocráticas, logísticas, etc.

Não é de hoje que a medicina, e agora a sua versão mais atualizada - a UTI - é pensada como uma instância de garantia de vida, pelo menos uma tentativa disso. Sibilia (2003, p. 55) afirma que:

Sócrates, por exemplo, chegou a dizer que a medicina constitui uma educação para a doença; pois, em lugar de promover a saúde, ela “dilata a morte”, permitindo que o doente tenha “uma vida longa e miserável”.

Este ‘dilatar a morte’ de que falava Sócrates, de certa forma ainda é uma idéia incorporada na prática médica. Certamente existem os que negam a morte como uma corrente do pensamento, mas o que foi visto na UTI estudada não é isso. Aqui, o ato de falecer pode não ser o mesmo descrito em outros tempos, mas ele é aceito de uma forma clara, como veremos mais adiante.

Sibilia também chama a atenção para o fato de “o ato de falecer” ter perdido o seu caráter sacro e o seu real sentido ao se submeter à capacidade de restauração promovida pela tecnociência de inspiração fáustica. Esta autora ainda toca em um ponto que também tenho criticado durante toda minha vida profissional. Diz ela: ”Assim, a probabilidade estatística determina o estado do paciente, em algum ponto entre os pólos **vivo** e **morto** que marcam as extremidades do menu” (SIBILIA, 2003, p. 52).

A matematização da vida, como também da sociedade, só pode ser utilizada numa dimensão político-administrativa, mas não no cotidiano da luta pela saúde e contra a doença e a morte. Entretanto, a formação médica centrada exclusivamente na técnica, como é hoje, pode provocar equívocos com graves conseqüências para a sociedade. Carl Mitcham (1990 apud SIBILIA, 2003, p. 54-55), esclarece que desde a Grécia Antiga já havia essa preocupação. Diz ele: “a cultura grega clássica estava carregada de receio com relação ao bem-estar e à opulência que as artes ou *technai* produzem quando não são mantidas dentro dos limites estritos”.

De certa forma, esta percepção fáustica que permeia a implementação da tecnologia na medicina, tem outra dimensão que perpassa o que foi percebido por Foucault, a desqualificação progressiva da morte, com o fim de sua ritualização pública, que era uma das características das sociedades pré-industriais, o que foi bem explicado por Ariès. Para

Foucault (1999, p. 288), isso está associado aos mecanismos do biopoder, pois, ao focalizar a **vida**, acabou atenuando o sentido da **morte**.

Agora que o poder é cada vez menos o direito de fazer morrer e cada vez mais o direito de intervir para fazer viver... ...a morte, como termo da vida, é evidentemente o limite, a extremidade do poder: é o que cai fora de seu domínio, e sobre o que o poder só terá domínio de modo geral, global, estatístico.

Muitos profissionais que trabalham em UTI concordam que a morte, aqui, é solitária e deveria ter acompanhamento de familiares. Alguns entrevistados se manifestaram claramente nessa direção:

*Muitas pessoas, e eu já conversei com alguns familiares, e eles preferem que o doente morra no hospital do que ao redor da família em casa. Para muitos existe o conforto de que, pelo menos, está morrendo com assistência médica. A minha concepção é de seria melhor para o **paciente** morrer ao redor ou ao entorno das pessoas de que ele gosta, até o momento final da vida dele (Médico 2).*

Ah! Eu acho que isso é muito mais saudável e muito mais fácil de lidar, porque não nega uma realidade, agora o fato de trazer um doente que vai morrer na UTI, sofrendo porque, óbvio, o sofrimento é justificado até certo ponto quando a gente sabe que aquilo vai dar um resultado, a um prazo um pouquinho mais pra frente, mas simplesmente tirar do lado da família, colocar aí, num ambiente frio, distante, é muito ruim pro paciente e é muito ruim pra família, e os lutos são muito difíceis de serem trabalhados, eu acredito assim. E aí, as questões de culpa [Pausa] que não foram resolvidas durante a vida às vezes afloram ali na porta da UTI, né, e a gente às vezes tem que lidar com isso também. Eu acho muito ruim, porque não alivia o sofrimento do paciente e aumenta o sofrimento da família, eu acho [Pausa] e é inútil (Médico 1).

Perguntada se é melhor morrer em casa do que na UTI, esta entrevistada encontrou dificuldades para responder. Só após um longo silêncio, num tom de voz suave e baixo, como se tivesse medo de falar, é que respondeu:

... [Silêncio] não, eu acho que não (Fisioterapeuta).

Quando insisto no caso de a morte ser natural, sua resposta também foi titubeante.

Não eu acho que não, no sentido de que, talvez assim, o sofrimento, em alguns aspectos, pode ser aliviado para o paciente, estando num Hospital [Pausa] eu acho. Só que por outro lado, em casa a família toda já tá mais próxima enquanto no hospital existe aquela coisa do horário de visita, aquela coisa do horário certo de visitação, só que em algumas situações especiais eles até liberam um pouquinho mais (Fisioterapeuta).

Um médico, que trabalha há muitos anos nesta UTI, confirma de modo enfático:

Morrer no hospital é complicado e a presença da família é importante (Médico 3).

Uma técnica de Enfermagem com muita experiência:

É muito melhor morrer em casa, com a família, do que morre na UTI sozinho. O ideal seria sempre morrer com a família, em casa, ou em um quarto junto dos seus. No caso de sofrimento, dor, falta de ar, poderia ser tratado, em alguns casos, até mesmo em casa, mas sempre junto da família. Mesmo na companhia da equipe, morrer sem familiares próximos é muito ruim (Técnica de Enfermagem).

Como em qualquer pesquisa social, as opiniões são divergentes, convergentes, antagônicas, enfim, nunca serão unânimes. O que importa nesta investigação foi apresentar o que pensam os trabalhadores da UTI a respeito de a morte em casa, junto da família, ser importante do ponto de vista das relações familiares e sociais.

No caso da UTI estudada, o que emergiu de um modo geral, foram as manifestações de uma emocionalidade presente na maioria dos trabalhadores, independente de serem entrevistados. A exteriorização de uma prática de um cuidado ético realçou algo empiricamente infreqüente em instituições como essa.

4.3 As mortes que assisti

Houve uma certa calma quando o doente do leito 6 fez uma parada cardíaca. Estava intubado, monitorizado e com ventilação pulmonar. A Equipe toda se dirigiu ao quarto/isolamento para o atendimento de emergência, carregando toda sorte de equipamentos: desfibrilador, tubos, ambús, medicamentos, etc. Não houve uma chamada para isso. Todos se dirigiram para lá, como se num movimento espontâneo, ativado pela própria necessidade de salvar alguém. É como se todos tivessem sentido a necessidade de cumprir o papel para o qual lá estavam, independentemente da ordem de alguma autoridade. O que percebi foi que a autoridade e sua ordem era a morte que se aproximava e era preciso fazer algo por alguém, não importando quem fosse.

De imediato o suporte deu algum resultado, mas o velho coração de 80 anos de trabalho não se recuperou. Através da janela de observação, meu ponto estratégico em frente

ao leito, observei salvas de extra-sístoles no monitor, depois o ritmo se regularizou para, em seguida, aumentar os espaços gráficos entre as sístoles. Lentamente o traço retilíneo foi ganhando definição. Eventualmente uma sístole teimosa aparecia, como se numa última tentativa de retomar o curso da vida. Finalmente o traço horizontal de luz verde ganhou forma e permaneceu dividindo a tela do monitor em duas partes, como se afirmando o limite entre a vida e a morte.

Ainda percebi, em outro aparelho, a barra cinza-escura que mostrava a expansão pulmonar e o volume de ar inspirado pelos pulmões. Esta barra horizontal foi-se encurtando cada vez mais até que desapareceu por completo. Eram 14:14h de 7 de agosto de 2007. Era a consumação do ato final, a morte na UTI.

A morte assumiu seu lugar na história daquela família. Não havia parentes nem amigos. Faltavam 16 minutos para início da visitação. Morreu cercado de estranhos que, talvez nem se comovessem. Observando por entre as frestas da persiana da janela de observação, percebi que sequer estremeceu. Como estava, ficou. Os movimentos visíveis eram resultantes da manipulação na tentativa de inútil e desnecessária (?) de ressuscitar. Se perguntado, qual seria sua resposta? Como responder se estava inconsciente, intubado e ventilado artificialmente?

Agora há um silêncio em seu quarto, o último que utilizou. Apenas os técnicos de enfermagem cumprem o ritual de retirar as cânulas, tubos, sondas, catéteres, etc. Despindo-o da vestimenta própria da UTI, a fantasia de cyborg, para depois vesti-lo com sua última roupa – escolhida pela família – até para isso não teve escolha. Então outros rituais terão início, os últimos de sua existência – o velório, o enterro, o luto.

Como na música de Gil - ‘tá lá um corpo estendido’ no leito, em vez de prece o trabalho de alguém, que tira os tubos da boca. Despido, de pernas e braços abertos, como se crucificado em seu próprio leito, com os tentáculos saindo de suas entranhas. Cyborg? Medusa high-tech? Como classificar um corpo que foi disciplinado por muito tempo para obedecer aos ditames da medicina tecnológica, as regras, as normas do aparato médico-industrial illichiano e do poder foucaultiano? Não há classificação, não há por que produzir qualquer avaliação crítica sobre um corpo sem vida. O que deve prevalecer é o respeito. Nada mais!

A esposa (viúva, agora) chegou amparada pela enfermeira. Chora discretamente e se trancou no quarto com o morto. Não deu para observar essa despedida, primeiro por causa do

respeito e, também, porque o quarto foi trancado e a persiana fechada. De qualquer forma, esse ritual é algo estritamente pessoal, familiar e íntimo, algo que nenhuma pesquisa científica poderia/deveria tentar decifrar.

O doente do leito 1 faleceu à noite. Entrou outra doente que, também, morreu ao amanhecer. Duas mortes no mesmo leito, no mesmo dia.

Como sempre! Morreu no silêncio e na solidão, sem despedidas, sem arrependimentos, sem perdoar ou ser perdoado.

Esta é a morte na UTI, como se um desligamento silencioso da vida, uma saída “à francesa”, sem mais delongas, sem despedidas. Não é como a morte domesticada de Ariès, mas uma morte esquecida por todos, ali no canto, no isolamento do seu espaço/leito. O moribundo é olhado no panóptico da UTI, mas não é visto nem percebido pelos que olham. As exceções correm por conta dos que morrem passando mal, durante o embate da equipe com a morte. A morte acaba vencedora ao acabar com a vida, vencendo a equipe da UTI.

Não há outra forma de morrer: ou no silêncio da solidão, despercebida, ou no fragor da luta, na arena do embate quando a equipe é derrotada. Assim, o que era esperança tornou-se certeza da derrota. No outro caso, a esperança vai-se desvanecendo e o ser que se tornou moribundo é esquecido, afastam-se dele. Permanece na interface cinzenta entre a luz e as trevas, entre vida e morte. Até a consumação do fato!

Eis um exemplo: Houve uma discussão sobre o monitor no Leito 1. Diziam que o aparelho estava com defeito porque só mostrava um traço horizontal, uma linha reta. Mais tarde foi visto que isso acontecia porque o doente já estava morto e não tinha como ser diferente. Não havia vida e então o aparelho não tinha o que mostrar além de uma linha reta, pois o que elabora o traço ondulado, com picos e depressões, é a despolarização das células, a eletricidade dos músculos do coração que, neste caso, já não mais existiam. Estava morto!

Em outro dia o doente do leito 7, veio dando sinais de morte desde a madrugada. Fazia apnéia¹¹ e algumas falhas no ritmo cardíaco. Fui alertado para isso. Fiquei a observar o banho que davam nele, pois era hora do banho. Sem aviso, sem alardes, sem intervenções, sem luta contra o morrer, seu coração foi parando. O traçado no monitor mostrava não um ritmo anárquico, mas espaçamento cada vez maior entre as sístoles. O traço foi-se retificando, os espaços entre as sístoles foram-se ampliando, até que se tornou um traço verde, retilíneo, contínuo, riscando a tela do monitor de lado-a-lado. Ainda percebi algumas sístoles teimosas,

¹¹ Parada dos movimentos respiratórios, tanto temporariamente ou em definitivo.

mas o rebelar contra a morte foi inútil, foi em vão. Para ele havia o silêncio perene. Nenhum familiar, nenhum amigo. Apenas algumas mãos estranhas a manipular seu corpo de uma forma profissional, onde apenas a competência era necessária. Não houve choros, sequer uma solitária lágrima, apenas o manuseio técnico, sem afeto, embora com respeito.

Outra vez a música do Gil – “tá lá o corpo estendido” no leito. O desligar das máquinas, não mais necessárias. O retirar de tubos, já sem importância. O “fazer o pacote”¹², últimos cuidados para a transferência de estatuto e de lugar: de doente à cadáver, da UTI ao necrotério.

Esta é a morte na UTI. Não há outra, não existe nada além das duas formas já descritas.

Continua lá no quarto e no leito 7 o que foi uma vida. Aos 33 anos de idade saiu sem ser percebido pelos que o amam. Lá está no silêncio do seu quarto, no abandono... Não há o que dizer, apenas refletir sobre a vida/morte ou morte/vida.

O responsável técnico comunicou (a contragosto) a morte. A família, sem grandes emoções (pelo menos na aparência há um comedimento) veio ver o morto. Em silêncio ou sussurrando se despedem em beijos. Alguém veio me agradecer, acreditando que eu era um membro da equipe, demonstrando gratidão, com lágrimas nos olhos. Recolhem os últimos pertences e ficam, ali, ao lado, cultuando e se despedindo. Parece que sabiam e aceitaram assim, com tranquilidade, apesar da dor. É o início do luto, fato que na opinião de um dos entrevistados está em fase de desaparecimento por causa das mudanças sociais, a reflexividade de que fala Giddens (1991). Assim esse profissional que cuidou dele por algum tempo se expressou:

Bom, a sociedade ocidental não trabalha bem com a morte, de um modo geral. Antigamente acho que não existia uma outra opção, não sei se é porque as pessoas achavam que o certo mesmo era morrer em casa, se tivesse outra opção já, há muito tempo, se morreria distante, eu acho, porque, essa é a idéia que eu tenho, mas acho que as pessoas cada vez mais se afastam da morte, cada vez se afastar mais desse momento difícil. Eu já presencie morte em outros ambientes quando era recém formada. Toda a família em volta, todo mundo rezando, chorando, vela da mão. A família vivenciando aquele luto (Médico 1).

A comunicação da morte à família produz uma discussão ainda não resolvida no âmbito da UTI pesquisada. Alguns profissionais se recusam, por razões várias, a comunicar a morte à família, como na fala abaixo:

¹² Nome que se dá ao cadáver embrulhado no lençol para ser transferido para o necrotério.

*Eu procuro trabalhar, para minha sobrevivência emocional, assim de uma maneira até relativamente fria. Eu tenho dificuldade de lidar com a morte de pacientes, mesmo na UTI, não no doente, é com a família que eu tenho dificuldade, é uma coisa que eu admito que poderia ser melhorada na minha relação com a família, porque eu tenho facilidade de conversar com familiares de UTI, na hora da morte eu tenho dificuldade. Eu sei que a família gostaria de ouvir **do médico** o que aconteceu e porque que morreu, mesmo se soubesse que vai morrer, mas ali naquele momento eles esperam que o medico diga isso, eu admito que nem sempre eu consigo fazer isso. Algumas famílias, tudo bem, mas a maioria, não consigo. Então eu tenho dificuldade de lidar com a morte nesse momento, ali. Vários motivos, né, educacionais, culturais, sei lá, medo de alguma cobrança, provavelmente, não sei. Mesmo tendo uma boa relação com família, durante todo período de internação do paciente na UTI, na hora de dizer que o paciente morreu, eu peço que a enfermeira diga. Querem falar comigo eu falo, mas aquele momento de dizer [Pausa]é muito difícil, já falei varias vezes. Dentro do ambiente no trabalho, aí eu consigo lidar bem, apesar de me frustrar algumas vezes... (Médico 1).*

Outros já fazem questão de conversarem pessoalmente com os familiares para comunicar a morte. Na fala de outro entrevistado constatamos isso quando perguntado se é fácil essa comunicação ou ele transfere para outra pessoa:

Não, eu comunico, eu prefiro comunicar, pessoalmente (Médico 2).

Existem outros profissionais que acreditam que isso não é função do médico, mas do Hospital. Um profissional médico logo após a morte de uma paciente disse:

Cabe ao médico constatar o óbito. Quem comunica é o Hospital!

Além de demonstrar uma falta de regras institucionais, essa fala demonstra uma dificuldade de entendimento no interior da própria formação médica, já que as posturas e o assumir de responsabilidades são variadas e ficam a critério de cada um, com estruturação ética extremamente variada e dependente da história de vida de cada um. Os elementos mais importantes desse processo, o doente e sua família, não são considerados.

Constatar um óbito em uma UTI não deve ser necessariamente um exercício de sapiência, pois basta olhar o monitor e ver uma linha retilínea onde antes havia um traçado eletrocardiográfico com suas curvas por demais conhecidas por quem trabalha em terapia intensiva. A formalização legal, a assunção do ato jurídico e administrativo da morte, óbito como fato jurídico, é da competência legal do médico. A comunicação à família não é uma determinação legal, mas um ordenamento ético, pois é ele, o médico, o responsável legal pela internação, pela alta e pelo óbito. Nenhum outro profissional do setor saúde tem essa autoridade legal.

A morte não pode ser vista como um fenômeno isolado, restrito a um momento. Ela é um processo que atinge não apenas quem morreu, mas, também, os que ficaram. Esse fenômeno não se extingue no ato de morrer propriamente dito e seu começo é mais ou menos longo em função da doença ou do evento que levou à morte. Ela não pode ser vista apenas como um momento de passagem de um estado à outro – do vivo para o morto.

Ela precisa ser vista como um processo que se inicia em um momento impreciso, não detectável e que pode perdurar por um tempo também imprevisível, mas que não se esgota no instante em que o vivo se torna cadáver porque ela, a morte, não se restringe, não se circunscreve no limite daquele corpo. Não é um fenômeno individual, pessoal, restrito ao que chamo de território da doença – o corpo.

A morte, para ser compreendida na sua dimensão mesma, deve ser olhada, percebida, interpretada como um fenômeno multidimensional, pois atinge, envolve, produz modificações no espaço social do seu entorno, não no sentido geográfico, mas na dimensão compreendida entre o físico, o social, o psicológico e o espiritual, diferentes níveis de realidade.

Ao estudar a morte apenas na linearidade da biomedicina, está-se minimizando seu significado, enquadrando-o naquilo que se mede, que se verifica, que se afere, como no diagnóstico de morte encefálica. Não somos apenas uma parte, um cérebro que parou de funcionar, mas “parou de funcionar” pelas nossas medidas, pela capacidade de leitura de nossos instrumentos de medição, que não conseguem aferir alterações no nível subatômico, por exemplo. E o humano é constituído, como tudo, de moléculas, átomos, partículas subatômicas, ou seja, energias já detectáveis. Entretanto, o que medimos são reações visíveis ao olhar não acostumado àqueles movimentos mínimos. Aqui não há uma crítica ao diagnóstico de morte encefálica como ele é feito. O que pretendo é ressituar a morte encefálica como uma oportunidade única de, naquele momento-limiar, onde a vida se torna indefinida e a morte uma constatação prática, utilizar aquilo que ainda resta de vida para garantir outras tantas em outros tantos seres humanos.

Ao colocar a morte apenas no lugar da biologia e no território do corpo, não estamos considerando o seu entorno: a família, os amigos, os profissionais que lidaram com aquele doente/doença e que, mesmo tentando, algumas vezes sem conseguir, são afetados em maior ou menor grau pelo sentimento de perda, de frustração por não ter conseguido manter a vida, mesmo consciente de que há uma inexorabilidade na morte.

Como no poema de John Doone, “A morte de qualquer homem me diminui, porque eu sou parte da humanidade”, também aqueles que compartilharam em vida com o que morreu, sentem-se, em algum momento, afetados pela perda, quando nada pela ausência e por alguma lembrança agradável, que toca quem ficou.

É preciso situar a morte, também, no âmbito da noosfera, que é o mundo onde habita as coisas do espírito, como fala Morin (1998). Não no sentido religioso, mítico, mas naquilo que ele representa como produto do funcionamento cerebral/mental. Cérebro enquanto matéria viva e mente enquanto ideação. Dessa dualidade emerge algo que não é matéria nem ideação pura e simples, mas aquilo que mobiliza pessoas a tomarem determinadas atitudes, crenças etc., algo para além de idéias e matérias.

4.4 O sentimento da equipe

Quem trabalha em UTI são seres humanos, profissionais de várias categorias e capacitados especificamente para exercerem suas atividades nesse não-lugar, onde a vida e a morte se entrecruzam no cotidiano. O fenômeno “morte” certamente influencia a esfera emocional e impacta o trabalho dessas pessoas. Foi o que vi na minha observação.

Como a idéia aqui é demonstrar o sentimento de uma equipe e não de indivíduos, apresentarei apenas falas não identificando nenhuma delas.

[...] é preciso separar o profissional do emocional, mas muitas vezes isso não é possível, pois quando o doente é jovem, ou são pacientes de sua própria clínica, doentes antigos com os quais convive, isso se torna quase impossível.

[...] a pessoa precisa ter uma estrutura emocional, pois trabalha o tempo todo com doentes, pessoas passando dificuldades que o tempo todo está passando por dificuldades que amanhã ou depois a gente pode estar na mesma situação.

[...] vejo a coisa assim com bastante naturalidade por eu já conhecer o ambiente de UTI, pois eu sei como as coisas são, sei como são as rotinas, mas, por outro lado, a gente tem um certo raciocínio, uma compreensão da situação por ser um profissional que trabalha na UTI, mas por outro lado a gente deixa de raciocinar também como profissional em algumas situações assim, mais delicada, quando a pessoa está mais....

A gente tende [...] a filtrar, nos casos onde [...] acredita que a morte é inexorável, independente de qualquer esforço que seja feito. Com esse a aceitação e o entendimento [...] é mais fácil, daquele que é uma coisa

inexplicável, muito abrupta. Então isso tende a acarretar um sofrimento maior. Isso o [...] médico [...] não médico, com família, amigos, ah! Sofro barbaramente com a morte (dos outros).

Eu procuro trabalhar, para minha sobrevivência emocional, assim de uma maneira até relativamente fria. Eu tenho dificuldade de lidar com a morte de pacientes, mesmo na UTI, não no doente, é com a família que eu tenho dificuldade, é uma coisa que eu admito que poderia ser melhorada na minha relação com a família, porque eu tenho facilidade de conversar com familiares de UTI, na hora da morte eu tenho dificuldade.

Me sinto envolvida, principalmente quando eu sinto que alguma coisa não deu certo dentro do meu raciocínio clínico, assim. Não sofro ali no momento que eu estou tratando do doente porque consigo fazer um isolamento e eu acho tem que ser assim, não consigo pensar de outra forma. Sofro mais quando me relaciono com a família, sofro muito quando tenho de dar notícias de morte encefálica para pacientes jovens de trauma de crânio lá no [...], que é nossa rotina. E faço questão de falar porque lá tem uma coisa mais à frente, parece, que só morreu e acabou? É um negócio complicado pra mim, morreu, mas tem a possibilidade de seguir adiante, transplantar um órgão, doar e então seja essa dificuldade de lidar com a terminalidade. Então ali parece mais fácil. Mas no dia-a-dia no trabalho e com o doente eu não tenho dificuldade de enfrentar a morte.

Sinto-me emocionalmente comprometida quando o doente morre, pois acabo sentindo um certo apego por ele.

Há os que sofrem com a morte de alguém de quem cuidou com atenção e respeito:

Me sinto envolvida, principalmente quando eu sinto que alguma coisa não deu certo dentro do meu raciocínio clínico, assim...

Aqueles que sentem alguma coisa quando o doente é jovem ou trata com ele há algum tempo

... é preciso separar o profissional do emocional, mas muitas vezes isso não é possível, pois quando o doente é jovem, ou são pacientes de sua própria clínica, doentes antigos com os quais convive, isso se torna quase impossível...

Há os que percebem esse trabalho com naturalidade:

... vejo a coisa assim com bastante naturalidade por eu já conhecer o ambiente de UTI...

Também os que diferenciam os casos abruptos, onde sentem mais, do que os casos em que percebem a morte como certa:

A gente tende (...) a filtrar, nos casos onde (...) acredita que a morte é inexorável, independente de qualquer esforço que seja feito. Com esse a aceitação e o entendimento (...) é mais fácil, daquele que é uma coisa inexplicável, muito abrupta.

Um membro da equipe adotou uma postura mais profissional e assume um afastamento emocional dos doentes. Pelo menos tenta isso, pois em outro momento de sua fala demonstra o quanto sofre com a morte:

Eu procuro trabalhar, para minha sobrevivência emocional, assim de uma maneira até relativamente fria... .. Sofro mais quando me relaciono com a família, sofro muito quando tenho de dar notícias de morte encefálica para pacientes jovens de trauma de crânio.

Uma técnica de enfermagem também demonstrou seu sentimento com relação à morte de doentes na UTI

Sinto-me emocionalmente comprometida quando o doente morre, pois acabo sentindo um certo apego por ele.

Tentando responder à questão de pesquisa proposta - Como a morte condiciona e impacta o trabalho dos profissionais de saúde? “- podemos afirmar que o impacto existe e está presente nas falas dos atores, registradas anteriormente.

O que encontrei, de certa forma, também foi encontrado por Moritz (2002) em uma pesquisa quali-quantitativa sobre o efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais da saúde diante da morte. Essa autora conclui que:

Há uma tendência de os profissionais da saúde considerarem que o tema Morte e Morrer deveria ser mais debatido, sentirem-se angustiados ao falar sobre a morte dos pacientes e terem dificuldade em aceitá-la. O debate e a informação sobre a Morte e o Morrer pode levar esses profissionais a uma mudança de conduta. Sugere-se que esse tema seja debatido rotineiramente nos hospitais e faça parte da formação curricular dos profissionais da área da saúde. (MORITZ, 2002, p. 13).

Os profissionais da UTI, por mais que tenham uma construção mental que propõe o alheamento do doente, a não vinculação emocional ou de qualquer natureza, recebem as influências das relações que se travam no cotidiano de um hospital. Ainda mais na UTI onde essas relações são permeadas de desafios, de enfrentamentos entre um saber técnico e uma patologia que tem na incerteza a sua única certeza. Não se pode ter certeza de que uma bactéria não fará uma resistência, de que uma pancreatite se restringirá aos limites do pâncreas, nem que uma insuficiência respiratória aguda obedeça aos efeitos dos medicamentos. Não se pode contar com garantia alguma, o que prevalece é a incerteza, pois os doentes da UTI são portadores de doenças graves, por isso, e só por isso, estão lá, não por outra razão. A própria instabilidade emocional do doente é um forte fator de agravamento de

sua doença, pois o estresse é um dos poderosos fatores desencadeantes de muitos adoecimentos e de grande parte das complicações orgânicas.

No meio desse embate, da vida com a morte, está a equipe de saúde da UTI mediando essa luta e tomando partido da vida, embora saiba que tem uma grande chance de ser derrotada, razão suficiente para causar transtornos emocionais e interferir em sua conduta diária.

A resposta à essas influências não pode ser descrita como algo unânime, já que a construção mental, cultural, ética, profissional de uma equipe jamais será a somatória das formações pessoais, mas algo diverso, complexo, uma emergência, como fala Morin (1998). Há que se considerar com muita ênfase os aspectos subjetivos desta relação dialética entre os profissionais da UTI e os doentes que lá aportam em busca de tratamento e cura. Esses personagens são influenciados mutuamente uns pelos outros, tendo como base dessas influências o conteúdo mental de cada um, a cultura, as vivências etc.

Nas falas desses profissionais pudemos perceber o sentimento, muitas vezes camuflados, ou tentativas de camuflagem, pois a emoção algumas vezes denunciava essa influência e o quanto a morte dos doentes os toca de alguma forma e com alguma intensidade.

Evidentemente alguns deles não demonstravam nenhuma emoção, o que é esperado em um grupo que lida direta e cotidianamente com a morte de doentes. Entretanto, posso afirmar que a morte na UTI impacta perceptivelmente o trabalho dos profissionais que nela exercem sua profissão.

Durante o tempo em que observei com muita atenção a prática desses profissionais sempre me chamou atenção a forma carinhosa com que trataram os doentes, um profissionalismo competente e ético. Assim foi a maioria da equipe. É evidente que alguns, poucos, cometeram deslizes que não cabe aqui colocar nem julgar, pois não foi esta a intenção desta pesquisa. Apenas referir que, como em qualquer situação onde a sociedade se manifesta na individualidade de seus membros ou em grupos, como uma equipe de saúde, sempre haverá aquele que destoa do grupo, este é um fenômeno comum. O importante é tentar responder à questão posta no início. Foi o que fiz aqui.

4.5 A morte digna

Vimos a morte assistida que acontece nas UTIs. Surge a pergunta – foi uma morte digna? Como saber?

Fui buscar esta concepção de morte digna, mas, mesmo assim, ela é cercada de diferenças de ponto de vista em função de quem ajuíza este conceito.

Para D'Assumpção (2007, p. 1),

Sob a alegação de necessidades técnicas, essas unidades criam barreiras enormes, difíceis de serem vencidas pelos próprios médicos não intensivistas de plantão, que buscam visitar enfermos ali internados, e totalmente impossíveis de serem superadas por meros familiares leigos. O enfermo se torna uma propriedade particular de uma super-equipe que se julga todopoderosa, semideuses que protegidos por uma armadura tecnológica ditam normas muito acima do simples direito de ser gente, dos enfermos que ali estão.

Desta afirmação pode-se deduzir que, neste caso, não há dignidade nesta vida, muito menos na sua morte. “Dignidade é a qualidade de quem é digno; nobreza, respeitabilidade. Respeito que merece alguém ou alguma coisa. Honra, decência, brio” (LAROUSSE, 1992). Ora, uma pessoa que não tem respeitada sua vontade, como um doente em coma, por exemplo, perdeu sua respeitabilidade, logo, a dignidade. Assim, sua morte não será digna.

Pessine (2001) vai mais além, esclarece que o sofrimento é uma experiência humana que não pode ser tomada apenas na dimensão da dor. Por ser algo extremamente complexo esse sofrimento é negligenciado e reduzido simplesmente a um fenômeno físico que pode ser dominado por meios técnicos. Para ele,

O sofrimento tem de ser cuidado em suas quatro dimensões fundamentais: a) dimensão física: no nível físico, a dor funciona como um claro alarme de que algo não está bem no funcionamento normal do corpo; b) dimensão psíquica: surge frequentemente no enfrentar a inevitabilidade da morte. Perdem-se as esperanças e sonhos, com a necessidade de redefinir o mundo que está para deixar; c) dimensão social: é a dor do isolamento, que surge do fato de ser obrigado a redefinir relacionamentos e necessidade de comunicação; d) dor espiritual: surge da perda do sentido objetivo de vida e esperança. (PESSINE, 2001, p. 105).

Concordo com Pessini e adoto aqui este conceito de morte digna, que é a morte que ocorre quando satisfeitas estas condições. Dessa forma, das mortes assistidas por mim nesta investigação, nenhuma delas, foi revestida de todas as condições de dignidade, pois se tratava de doentes graves, sedados ou em coma, que não tiveram atendidas as condições propostas

por Pessini. Este autor enfatiza que - “Não se pode esquecer que morrer com dignidade muitas vezes requer o concurso médico, mas nem por isso o problema se torna substancialmente médico” (PESSINI, 1994, p. 253).

O conceito proposto por Pessini pode ser confundido com a eutanásia, que é a “morte serena”, entretanto, eutanásia é uma ação intencional – “prática pela qual se busca abreviar, sem dor ou sofrimento, a vida de um doente reconhecidamente incurável” (CUNHA, 2000, p. 338). O que se conceitua como morte digna é o evento que naturalmente evolui sem a intervenção de alguém.

Kovács (2007, p. 5) em um artigo sobre morte digna explica que:

A morte mais desejada de nossos tempos é a morte rápida, preferencialmente em que se esteja dormindo, sem consciência, a morte que nem se percebe. A morte temida é a morte demorada, com intensa dor e sofrimento. As pessoas, muitas vezes, têm em seu registro de memória alguém que tenha morrido desse modo. Além destas formas, que caracterizam um tecido cultural da época em que vivemos, cada sujeito idealiza de qual modo gostaria de morrer.

Esta autora ainda se refere às situações em que o doente fala de sua vontade de morrer, fato que angustia os profissionais de saúde. Essa angústia aumenta, conforme Kovács, quando explicitamente os doentes falam sobre o desejo de morrer e pedem que os profissionais façam alguma coisa nessa direção. Como resposta, alguns deles classificam esta intenção como um ato psicótico ou depressivo e por isso são medicados.

A autora reforça a importância de que este desejo, como também todos os outros, deva ser escutado, até porque se podem descobrir que existem razões para que esses pedidos sejam feitos. Cita como exemplos: “um cuidado mais específico com os sintomas incapacitantes ou, mesmo, a necessidade de se ter certas pessoas por perto” (KOVÁCS, 2007, p. 5).

Uma notícia me chamou a atenção recentemente – “A Europa já aceita a morte digna”. Publicada no site Le Monde Diplomatique, em novembro de 2006, anunciava a edição de uma lei por alguns países da Comunidade Européia que garantia o direito de uma morte digna a todos os doentes terminais.

Holanda, Bélgica, Suíça, Espanha [...] Os bons resultados nos países que reconhecem (e regulamentam) a eutanásia contrariam previsões catastrofistas, rompem preconceitos, arrefecem a própria oposição das igrejas. No lugar de um tabu, surge um direito. (MASCHINO, 2007, p. 1).

Percebe-se, aqui, a diversidade de situações em que há uma ampliação no conceito de morte digna. Ou seja, pode ser utilizado em várias situações onde o morrer deve acontecer de uma forma em que não haja nenhum tipo de sofrimento ao moribundo.

No Brasil, também a morte digna já foi objeto de debate na imprensa. A Revista Isto É (PEREIRA; BRIGUGLIO, 1996), publicou uma reportagem com o título: “A prática da morte - Médicos brasileiros admitem que adotam a eutanásia e reclamam da inexistência de uma lei que a regule”. Na reportagem, apresenta a entrevista com o cirurgião geral Quirino Ferreira de Castro Cotti, 67 anos, que explica:

A indução à morte desses pacientes é feita de várias maneiras. Uma delas é a aplicação de uma solução batizada de M1 ou ‘sossega leão’, como é chamada na gíria dos hospitais. O preparado, usado em pacientes psiquiátricos muito agitados, é uma mistura de Amplictil, remédio que atua contra delírios, alucinações, Fenegan, um anti-histamínico com formidável poder de sedação, e um derivado de morfina que pode ser Demerol ou Dolantina. Em doses corretas, a mistura diluída em soro aquieta, seda e alivia a dor do doente. Em quantidade elevada, mata.’ O M1 primeiro corta o reflexo cerebral. E se continuar a correr leva à morte’, explica o cirurgião geral Quirino Ferreira de Castro Cotti, 67 anos. Com 41 anos de medicina, o médico é um dos poucos a ter a coragem de assumir que seus colegas adotam procedimentos para abreviar a vida de pacientes sem esperança. ‘Há casos em que aplicamos a M1. Ela dopa o paciente e depois contribui para extinguir sua vida, suavemente’.

Prosseguindo na entrevista acrescenta que,

‘Às vezes tenho dúvida se o paciente vai se beneficiar de uma UTI. Converso com a família e avalio suas respostas durante um período. Se percebo que sua permanência lá dentro é um erro, que ele está mais sofrendo do que sendo ajudado, e se a família concordar, o doente é transferido para um quarto, onde morrerá ao lado de seus parentes’, conta o intensivista Flávio Monteiro de Barros Maciel, 41 anos, chefe da UTI de adultos do PAS-12, em São Paulo, antigo Hospital Municipal do Jabaquara. ‘Chamo esse procedimento de interrupção de tratamento, mas no sentido amplo é eutanásia porque é dar ao paciente uma morte digna’, admite o especialista.

A Revista Veja, de 10 de agosto de 1994, apresenta na série Reportagens Históricas (ARQUIVO VEJA, 2007) o artigo “A dura opção pela morte digna – Cada vez mais médicos e famílias de pacientes terminais escolhem encurtar a vida”. Essa reportagem, que transcrevo aqui, e que considero como exemplo para o que se pode chamar de uma morte realmente digna.

Aos 79 anos, o gaúcho Iberê Camargo é considerado o maior pintor vivo do Brasil. Na quarta-feira passada, ele deu uma concorrida entrevista coletiva na sua casa, em Porto Alegre. Estava inspirado. Seria uma entrevista

meramente cultural se Iberê Camargo não estivesse na iminência de morrer. De morrer como ele quer. Em casa. Junto com a mulher. Longe de uma UTI. Na medida do possível, trabalhando. Segundo os médicos e amigos que o cercam, Iberê Camargo é aquilo que a medicina moderna chama de doente terminal, eufemismo técnico para evitar o uso de moribundo ou agonizante. Ele tem um câncer na laringe há vários anos, que depois se estendeu para o pulmão e agora atingiu o cérebro. Na semana passada, ele fez a última das 26 sessões seguidas de radioterapia no cérebro. Não houve regressão do tumor. ‘Ele pode morrer a qualquer momento’, diz um amigo do artista. Em casa, ele padece para subir alguns degraus. Cansa-se e é carregado. Desmaiou duas vezes quando estava pintando sua tela mais recente, Num hospital, talvez estivesse sendo mais bem assistido. Mas, de comum acordo com os médicos e a família, decidiu manter distância de hospitais. ‘Em casa, ele pode ficar perto dos amigos, está mais confortado’, conta sua mulher, Maria Camargo. Há duas semanas, Iberê acordou Maria no meio da madrugada. Disse-lhe que a amava muito e haviam sido muito felizes. Disse também que ia morrer, mas antes queria terminar Solidão. ‘Tenho de morrer feliz comigo mesmo’, afirmou, antes de ir para o ateliê. O pintor, sua mulher, médico e amigos estão lidando na prática com o conceito de ‘morte digna’, uma tendência que cada vez mais se espalha pelo Brasil - a morte em que se busca um fim menos médico e mais afetivo, mesmo que isso signifique uma diminuição do tempo de vida.

Se formos comparar com a posição adotada por Pessini, é necessário perguntar se, na entrevista de Isto É, o moribundo estava de acordo, se autorizou a aplicação do M1. Do contrário não seria realmente uma morte digna já que os preceitos propostos por Pessini não foram atendidos.

Embora eu participe da proposta de Pessini, reconheço que é extremamente complicado e difícil de assumir uma posição radical, já que, quando se trata de questões ligadas ao ser humano, dotado de subjetividades e complexidades inextrincáveis, devo admitir que cada caso deve ser resolvido de uma forma única, exclusiva, sem ser tomado como modelo ou padrão.

4.6 O luto

Não poderia deixar de falar nas conseqüências da morte de alguém, conseqüências essas que afetam de maneira diferente cada realidade individual, cada membro da família enlutada, submetida à perda de um de seus membros.

Luto é uma palavra originada do latim *lugens – entis*, particípio presente de *lugere* – ‘estar ou andar de luto por’. Luto é um substantivo masculino que quer dizer “sentimento de

pesar ou de dor pela morte de alguém”, “os sinais exteriores dessa dor”, “tristeza profunda” (CUNHA, 2000, p. 483).

Para Bromberg (1996, p. 104), luto é definido como

Uma crise porque ocorre um desequilíbrio entre a quantidade de ajustamento necessário de uma única vez e os recursos imediatamente disponíveis para lidar com eles. Ou seja: o impacto da morte provoca uma demanda sistêmica sobre a família, de ordem emocional e relacional, além daquilo que a família pode dar conta, sem que seja preciso recorrer à ajuda externa.

Conforme fala Bromberg (1996, p. 105), após investigações sistemáticas, concluiu-se que existe uma conexão clara, “que pode ser melhor descrita como uma rede subterrânea de dependência emocional entre os membros da família”, que é uma realidade social maior que a soma das realidades individuais de seus membros.

Para Dastur (2002, p. 15-16), o luto não pode ser encarado de um modo restrito, devendo incluir nele muito mais do que ritos funerários encontrados nas diferentes culturas, tais como sepultamento, mumificação, cremação, exposição do morto, etc. Para este autor, é necessário incluir também, todas aquelas manifestações “que têm por função a constituição de uma memória coletiva”.

Dastur explica que a manipulação do morto é considerada impura, já que o corpo não pertence mais ao mundo dos vivos; está numa situação intermediária e, em função disso, o luto é considerado um processo de interiorização do defunto e sua “espiritualização”, sendo o rito funerário a mediação visível desse processo. Tomar o luto como a origem da própria cultura é, para Dastur, algo que não pode ser considerado ilegítimo, pois

[...] não há cultura a não ser que quando um certo domínio do escoamento irreversível do tempo é assegurado, o que implica o emprego de um sem-número de técnicas destinadas a, progressivamente, amenizar a ausência; e a ausência por excelência é a do morto, que não desaparece momentaneamente, mas absolutamente e de maneira insubstituível. (DASTUR, 2002, p. 17).

Usar técnicas para amenizar a ausência tem sido algo que, pessoalmente, tive de lançar mão em função da perda de um filho de forma trágica. Superar essa perda e essa ausência foi possível através da conversa sobre ele. Falar, falar e falar sobre o filho morto me serviu como se fosse uma forma de “esvaziar” o sentimento terrível que tomara conta de mim, podendo servir, acredito, para as pessoas que perdem alguém que lhe é caro.

Outro fenômeno pelo qual passei, foi descrito por Koury (2003, p. 7): “O distanciamento em relação ao morto e aos que o perdem tem sido a característica principal da

nova sensibilidade que começa a se formar, tornado-se uma tendência nítida no Brasil urbano atual”.

A perda de um filho, no meu caso, foi além dessa perda familiar, pois, em função desse distanciamento descrito anteriormente, também perdi amigos que se afastaram por não ter coragem de chorar conosco, já que a manifestação pública da dor tornou-se estranha ao cotidiano do homem comum, como afirma Koury. A explicação para este fato começa a se constituir quando a doença deixou de ser um anúncio de bom presságio, pois morrer lentamente, como foi visto em Ariès (1989), era a melhor forma de morrer, uma boa morte e uma aceitação clara no reino celeste, como se acreditava. Assim, a doença tornou-se uma ameaça que precisava ser combatida,

[...] deslocando-se do discurso médico higienista e do discurso do poder que o incorpora, passando, gradualmente, a fazer parte do imaginário e da mentalidade do homem comum brasileiro do final dos oitocentos até aproximado aos anos de 1950 e 1960, quando começa a se consolidar enquanto atitude. (KOURY, 2003, p. 65-66).

Como consequência disso, o corpo deixou de ser um objeto de veneração e dos rituais demorados, junto dos familiares e amigos, porque se adotou a crença de que o corpo era contaminado e que poderia contaminar, também, quem mantivesse contato com ele. Koury explica isso de uma forma muito clara

A morte vira uma questão sanitária. Deixa de ser social, no sentido complexo da subjetividade dos sujeitos nela envolvidos – o moribundo, os familiares, as instituições, o público, toda a sociedade, enfim – enquanto rede de relações simbólicas e afetivas, e passa a ser uma questão técnica de controle higiênico para a vida. (KOURY, 2003, p. 66).

A (des)naturalização da morte faz com que ela seja considerada algo anormal e como algo não solucionado pela tecnologia médica do momento. Tem início, então, o longo processo em que a morte começa a ser negada e vista como um constrangimento social pelo homem urbano no Brasil. Antes, este mesmo corpo que deixou de ser sagrado e objeto de veneração, como afirma Koury, já despertou muitas emoções que foram socializadas nas práticas funerárias que compõe o período do luto. Para Morin (1997, p. 25), “o não abandono dos mortos implica a sobrevivência deles”, o que quer dizer, de certa forma, tentar garantir o prolongamento de sua vida.

Este “prolongamento da vida” do morto, pelo menos na memória dos que ficaram, foi uma prática vivenciada por mim. Quando perdi meu avô, na década de 50, toda a família era obrigada a usar o “luto”. Os homens carregavam um bracelete de pano preto na manga da

camisa durante, pelo menos, seis meses. As mulheres, especialmente a viúva e as filhas, obrigavam-se a vestir por seis meses o chamado luto fechado, que era um vestido totalmente preto. Nos seis meses seguintes, era introduzido o luto branco, ou meio-luto, onde metade da vestimenta poderia ser branca. Certamente uma tentativa de um processo de esquecimento lento e gradativo.

4.7 O Panopticon

Do Posto de Enfermagem, que se localiza exatamente diante dos leitos, pode-se ver de um ponto privilegiado todos os doentes internados.

Vargas (2002, p. 16) descreve sua experiência em UTI na sua Dissertação de Mestrado:

Cada *box* de internação de paciente deve estar conectado ao complexo sistema de rede de gases e de aparelhos eletrônicos. E o que também caracteriza o espaço físico de uma UTI é o fato de que cada compartimento, sala e/ou divisória dessa unidade deve possibilitar uma ampla visualização. Nesse espaço físico, as divisórias são feitas de vidro, e o objetivo é ampliar o alcance do nosso olhar. Devemos poder olhar “por tudo” e “para tudo”, de maneira concomitante, para os/as pacientes, os/as transeuntes, os/as demais componentes da equipe, as imagens nas diferentes telas dos equipamentos e para os próprios equipamentos.

Desta descrição de Vargas e da forma como a UTI está organizada, pode-se associar à idéia do Panóptico. O desenho da UTI faz lembrar essa criação de Jeremy Bentham. Foucault descreve e utiliza o modelo de Bentham quando trata de como o poder se estabelece e se exerce através do olhar:

E, na verdade, é aquilo que os médicos, os penalistas, os industriais, os educadores procuravam que Bentham lhes propõe: ele descobriu uma tecnologia de poder própria para resolver os problemas da vigilância. Algo importante a ser assinalado: Bentham pensou e disse que seu sistema ótico era *a* grande inovação que permitia exercer bem e facilmente o poder. (FOUCAULT, 1984, p. 211).

Para Foucault este é um tipo de funcionamento em que o poder é exercido pela vigilância, pelo “fato de que as coisas serão sabidas e de que as pessoas serão vistas por um tipo de olhar imediato, coletivo e anônimo” (FOUCAULT, 1999, p. 216). Assim é na UTI, deitado, posição em que fica sempre, o doente não consegue perceber o quanto é observado,

embora saiba que é observado de forma permanente. Ainda tem os aparelhos ligados à ele que, ao menor sinal de alteração, disparam algum tipo de alarme para denunciar essas pequenas mudanças no comportamento do doente ou da doença.

Ali estão presentes as normas que regulamentam tudo, desde como entrar, os horários, o que pode e o que não pode, os espaços onde cada doente é confinado. São as disciplinas que organizam as “celas”- que na UTI são os boxes - os “lugares” – o leito de cada um. Esta descrição e o cotidiano das UTIs fazem lembrar os textos de Foucault.

São os espaços que realizam a fixação e permitem a circulação; recortam segmentos individuais e estabelecem ligações operatórias; marcam lugares e indicam valores; garantem a obediência dos indivíduos, mas também uma melhor economia do tempo e dos gestos. (FOUCAULT, 1977, p. 135).

Quando escreveu este texto, Foucault (1977) nem poderia estar imaginando uma UTI, mas, mesmo assim, refletiu com clareza o que se passa em seu interior, na sua intimidade. Foucault realçou a economia de tempo - aqui está, na UTI, pois em uma emergência o tempo pode fazer a diferença entre a vida e a morte; economia de espaço - para diminuir os gestos e os percursos entre o preparo e a aplicação do medicamento. A restrição do espaço também serve para diminuir os trajetos percorridos pelos profissionais em seus plantões de modo a estarem sempre prontos em caso de emergência. Assim, o cansaço e o desgaste físico serão menores.

É possível observar na UTI algumas das características do disciplinamento foucaultiano através do controle das atividades da equipe de enfermagem na UTI. Primeiramente o lugar onde o corpo e os gestos são postos em correlação. Para Foucault, o controle disciplinar vai para além de simplesmente impor uma série de gestos bem definidos. Também se exige que a relação entre esses gestos e a atitude corporal como um todo seja a melhor possível, pois essa correlação garante melhor eficácia e maior rapidez no trabalho que se realiza.

É o que se vê na prática da equipe de enfermagem: os gestos, as normas e rotinas condicionadas pelo treinamento e exaustiva repetição tornam os corpos domesticados, dóceis, a cumprir rotineiramente seu papel no cuidado dos doentes. Também se observa isso nos exercícios executados pelos doentes orientados e dirigidos pelas fisioterapeutas. Cada gesto, cada atitude destas profissionais possibilita um rigoroso controle do tempo e dos espaços, mesmo os mínimos percorridos pelos braços e mãos.

A articulação do corpo com o objeto, conforme fala Foucault, no caso da UTI, se manifesta na articulação dos profissionais não médicos com o objeto do seu trabalho, o cuidado, que ganha concretude no corpo manipulado durante o exercício e na implementação desse cuidado.

4.8 UTI: um não-lugar e seus ocupantes

A discussão que se estabelece quando se trata de saber o que é a UTI para a sociologia começa com a pergunta: que relações sociais se travam nesse lugar?

Se um lugar pode se definir como indentitário, relacional e histórico, um espaço que não pode se definir nem como indentitário, nem como relacional, nem como histórico definirá um não-lugar [...] ‘não-lugar’ designa duas realidades complementares, porém, distintas: espaços constituídos em relação a certos fins (transporte, trânsito, comércio, lazer) e as relações que os indivíduos mantêm com esses espaços . (AUGÉ, 1994, p.73 e 87).

Acrescentamos também a UTI, pois conforme Marc Augé,

[...] o não-lugar não inscreve a identidade, nem a relação, nem a história, pois a história é aí reduzida à informação, a identidade a um conjunto de descrições numéricas, como o número do cartão de crédito, da identidade, do passaporte etc., e a relação com o outro é reduzida à espetacularização (tela, videocâmaras, televisão) (AUGÉ, 1994 apud DIAS, 2007, p. 1).

Côrte (1996, p. 1) fala que “o lugar está investido de memória/lembrança, o não-lugar se investe de velocidade/passagem, constituindo um espaço a um só tempo real e virtual, sem materialidade. **Um espaço de incerteza e ambigüidade**”. E Augé (1994, p. 95) reafirma que o “espaço do não-lugar não cria nem identidade singular nem relação, mas sim solidão e similitude”. Ali, todos se assemelham na posição, no estatus social, no sofrimento, na solidão e no mesmo cuidado recebido.

Uma questão importante que deve ser considerada como pressuposto fundamental nesta discussão sobre UTI é a pergunta – Quem deve ser internado na UTI?

Já foi visto anteriormente que são internados na UTI aqueles doentes com lesões ou doenças graves, com possibilidade de recuperação, entretanto, existem possibilidades de que alguns doentes sejam internados sem esta indicação. Dependendo da insistência do profissional responsável pelo doente, como também dependendo do poder que este

profissional detém. Em uma das entrevistas, ficou claro este tipo de interferência na decisão de quem deve ser internado e da transgressão da norma estabelecida para UTI:

*Se o médico assistente é mais ou menos insistente, é mais ou menos agressivo, é mais ou menos influente, isso, com certeza. Não nos doentes que tem indicação, mas nos doentes que **não tem** indicação. O doente que tem indicação ninguém discute. O doente que não tem indicação, uma doença terminal, um câncer, um velhinho, não vai se beneficiar da UTI, mas o médico assistente tem essa dificuldade de expor isso, e tem muito médico assistente que tem essa dificuldade (Médico 1).*

Esta decisão de internar na UTI alguém que não tem indicação precisa é tomada pelo médico plantonista em função da autoridade que lhe é outorgada como responsável técnico naquele período em que se encontra de plantão. Percebe-se, entretanto, na fala da pessoa entrevistada, que contingências outras interferem nessa decisão – é o poder que se manifesta.

Quando a indicação é heterodoxa e tem como fundamento a provável morte de algum doente, a resposta da pessoa entrevistada também foi muito clara:

*Às vezes transfere para UTI aquele momento final, que eu acho que é uma perda, também, porque são momentos muito difíceis e também onde a gente pode aprender muito. Eu já coloquei doente na UTI, como **todo intensivista**, por pressão do médico assistente, sem indicação médica. O que a gente faz, que eu procuro fazer. Quer um ambiente diferente para o paciente falecer? Não é uma indicação de UTI. Quer um ambiente tranquilo que tire daquele estresse da família o médico assistente? Às vezes é isso que acontece, o paciente vem [...] tu podes fazer o que tu quiseres, ou fazer o que deveria ser ter feito no andar¹³: sedar, analgesiar, dar conforto, oxigênio, botar o paciente num lugar tranquilo e o paciente pode falecer na UTI, mas isso não seria indicação primária de UTI (Médico 1).*

Nada é mais impessoal, incerto e ambíguo do que a UTI. Vejamos como isso se dá.

Ao ser internado na UTI o doente começa por ser despido. A nudez é o primeiro passo para ele perder a sua condição de sujeito, pois como se assumir como tal em um lugar (não-lugar) onde apenas o que conta é sua vinculação a um determinado diagnóstico, a um plano de saúde, a uma determinação médica que lhe institui um tratamento que deve ser cumprido detalhadamente. Ao se horizontalizar em um leito, onde deverá permanecer até a sua alta, muitas vezes se torna vulnerável, indefeso e precisará obedecer às orientações, pois esta é uma forma de colaborar com o tratamento. A visão obtida da horizontal não é a mesma, pode

¹³ Andar aqui se refere à Enfermaria ou apartamento. Outro espaço de internação que não a UTI.

ser uma visão deformada, por isso, pode não perceber o modo de olhar, os olhos e a expressão de quem o examina, pois isso fica mascarado pelo ângulo da visão, que não é “normal”: o olhar social, interpessoal, igual, no mesmo nível. Isso fragiliza quem está na horizontal e o torna objeto do olhar e da ação/intervenção dos profissionais.

Doravante perderá sua capacidade de decisão, de escolha, de optar por esta ou por aquela forma de tratamento. Obedecerá, simplesmente cumprirá o que lhe será determinado quando estiver consciente, pois, dependendo de sua doença, poderá estar permanentemente sedado e, dependendo ainda, em coma artificial. Desconectado do mundo, já é um morto social, familiar, agora será excluído, pela sedação, do mundo das relações pessoais. A sedação não é apenas uma estratégia para garantir mais tranquilidade no trabalho na UTI, mas é, também, uma parte importante do tratamento conforme explica um profissional da equipe:

[...] mas se seda por vários motivos: para adaptação ao respirador, pra tentar aliviar as psicoses de UTI, que são comuns, os desconfortos, as angústias, pra o paciente não arrancar os aparelhos, que é uma coisa que acontece bastante, então se seda por essas coisas, mas coma induzido¹⁴ profundo pra tratamento só em caso de hipertensão intracraniana (Médico 1).

Daqui para frente, com raras exceções, será tratado como “Leito tal”, ou pelo seu diagnóstico, “Ca¹⁵ disto” ou “Ca daquilo”, Acidente Vascular Cerebral (AVC), etc. Assumirá uma nova identidade, que se confunde com a doença que o levou até ali. Será esquadrinhado, invadido, examinado exaustivamente para que o seu mal possa ser atacado pela maquinaria disponível na medicina. Não é o ser-substantivo que está presente, mas o ser-verbo, que pode ser qualquer coisa, especialmente aquele que se torna objeto da manipulação médica na tentativa de recuperar a saúde e, em alguns casos, de protelar a morte. Embora não seja uma escolha, mas uma necessidade, a UTI tenta garantir uma esperança à esse tipo de pessoa.

A análise de Foucault pode ser trazida para pensar as relações na UTI, seja qual for o nível onde essa relação se trava. Percebe-se o poder a todo instante: ele emerge em cada fala, em cada atitude, em cada decisão tomada, entre os vários níveis hierárquicos e também no interior de cada nível, em função de maior conhecimento, maior tempo de serviço, melhores relações com autoridades superiores, etc.. Isto é muito claramente percebido na UTI, como de regra, em todos os hospitais. Está bem claro em Vigiar e Punir (FOUCAULT, 1977, p. 139):

¹⁴ Coma induzido: Expressão utilizada para descrever a condição de alteração da consciência pelo uso de drogas sedativas (AMIB, 2007).

¹⁵ Ca é a abreviatura de Câncer utilizada entre os profissionais de saúde.

“a disciplina define cada uma das relações que o corpo deve manter com o objeto que manipula”, mostra Foucault, o que na UTI é a prática mais evidente – manipulação do corpo. Aqui, a idéia não é manipular bem uma arma, necessária para uma vitória nas lutas. Se, antes, era preciso estabelecer amarras entre o corpo e o objeto manipulado para se constituir um complexo corpo-arma, corpo-instrumento, corpo-máquina, na UTI, este corpo é o objeto manipulado, a arma que se manipula para lutar contra a morte.

O que é(ra) um corpo-máquina? A narrativa de Foucault fala do soldado que havia se tornado em algo que se poderia fabricar, isto é, transformar um corpo inapto na máquina que se precisa. Era através da correção da postura, uma coação calculada sobre cada parte do corpo para torná-la “perpetuamente disponível, e se prolonga, em silêncio, no automatismo dos hábitos; em resumo, foi “expulso o camponês” e lhe foi dada a “fisionomia de soldado”. Aqui, o que se expulsa é o sujeito e em seu lugar assume o paciente sujeitado¹⁶ (FOUCAULT, 1977).

Marzano-Parisoli (2004, p. 77) acentua que é “no gume certo da dissecação dos cadáveres que se inscreve em seguida a transformação do corpo em máquina sofisticada, transformação operada particularmente por Descartes”.

4.9 Os cyborgs

Os doentes, na sua maioria, permanecem a maior parte do tempo com uma máscara de acrílico transparente sobre o nariz e boca recebendo oxigênio ou fazendo o que é chamado de macronebulização¹⁷. A eles são conectados tubos, cabos, cânulas, sondas, cateteres, por onde são administrados medicamentos, alimentos, apoio respiratório etc. Dois tipos essenciais de catéteres são utilizados na UTI (AMIB, 2007):

- Cateter de Swan-Ganz: Tipo de cateter instalado no lado direito do coração, e utilizado para medidas diretas de pressões e determinação do débito cardíaco, permitindo um

¹⁶ Acompanhei o caso de um doente que não aceitou sonda vesical, queria urinar naturalmente, mas não conseguia. Pediu mais tempo para tentar, queria se livrar da sonda vesical. Um funcionário da Equipe Ihe deu um ultimato - se não urinar até às 18h irá passar sonda de qualquer jeito. “*Me dói muito, não gosto, não quero*”, insiste o doente. Pedes que tenham paciência com ele. Se não conseguir mesmo, então, aceitará a sonda, explica. Por fim, retruca – “*Aqui quem manda são vocês!*”

¹⁷ Processo de inalação onde as gotículas são maiores para humidificar apenas a parte superior do aparelho respiratório.

melhor controle da evolução clínica do doente, facilitando as decisões terapêuticas. Também chamado de Cateter de Artéria Pulmonar.

- Cateter venoso central e intra-cath: Cateter introduzido em veias centrais (mais profundas), permitindo a infusão de soros, medicamentos e monitoração de pressões. Uma variação moderna é o chamado Cateter de Duplo Lúmen, onde o mesmo cateter tem duas passagens distintas, para soros distintos.

Por esse conjunto de cabos, são trazidas as informações sobre batimentos cardíacos através de eletrocardiogramas contínuos, movimentos respiratórios, concentração de oxigênio e de gás carbônico, pressão venosa central, pressão arterial central e periférica, etc. Ou seja, o doente é esquadrihado em todos os seus aspectos e as informações são transformadas em números e gráficos que falam sobre a situação do doente de forma constante.

A cada tempo determinado pelo médico (4/4, 6/6 h, 3/3 h etc.), dependendo de cada caso, alguém lê os dados numéricos das máquinas e anota tudo em uma prancheta. É o discurso quantitativo da medicina, a exaltação de Comte.

Esses doentes tornam-se cyborgs.

O termo cyborg (de *cyborg*, abreviatura de '*cybernetic organism*' em inglês) foi utilizado em 1961 para descrever o conceito de um 'homem ampliado', um homem mais bem adaptado aos rigores da viagem espacial. Segundo Haraway, um cyborg é uma criatura híbrida, composta de organismo e de máquina, e sua existência configura-se quando essas fronteiras são simultaneamente problemáticas. Por conseguinte, ela acrescenta: um cyborg 'é um tipo de eu – pessoal e coletivo – pós-moderno, um eu desmontado e remontado'. (VARGAS, 2002, p. 45-46).

Vejamos o exemplo de um doente internado no Leito 1, já referido anteriormente. Por ser um doente com broncopneumonia grave e se encontrar intubado, com tubos saindo de sua boca, parece um cyborg. O conjunto de tubos conectados à ele lhe garantem esta aparência e, mais do que isso é um "homem ampliado" em suas funções onde uma parte delas é garantida pelas máquinas que estão acopladas a seu corpo.

Uma dúzia de tubo e cânulas sai do corpo/boca ou da boca/corpo por onde entram medicamentos, alimentos, oxigênio, substâncias inalantes, etc. e também retiram líquidos, secreções, gases inúteis para garantir a "vida". Aqui, "vida" aparece aspeada para dar um sentido mais aproximado, o sentido de não-morte. Talvez o termo mais adequado: "vida" = não-morte, aquela fronteira nebulosa que tem uma interface entre os dois territórios, o da vida e o da morte.

São esses equipamentos, máquinas, tubos, e tudo o mais que é agregado àquele corpo, dando a impressão que estamos observando uma medusa high-tech de onde saem fios, verdadeiras serpentes de uma nova mitologia, a dos cyborgs.

Lemos (2007, p. 1-2) explica que

O mito do cyborg surge para quebrar fronteiras, potencializar fusões e simbioses, e para abalar a hegemonia do discurso feminista (e de esquerda em geral) que consiste em pensar a vida social como estabelecida em dicotomias bem claras. Haraway pensa o mundo do cyborg como aquele em que as realidades social e corporal são vividas por uma sociedade que não tem medo de se juntar à matéria inorgânica, de perder permanentemente suas identidades, de experimentar a complexidade e a contradição. Todo o jogo político contemporâneo está no confronto entre essas duas perspectivas.

Para Santoro (2005), a noção de corpo 'sujeito', pensado como uno e indivisível, adquire uma outra conotação em sua nova relação com as tecnologias contemporâneas. Esse corpo sujeito foi transformado no conceito de corpo 'objeto'. Nesta nova relação com a realidade de corpos possíveis, múltiplos, reconstruíveis, modeláveis e recriáveis, o que se constata é uma realidade povoada por criaturas híbridas, seres biônicos, cyborg, habitantes da arte, da mídia, da ciência e da medicina. E a autora completa: "Essas apresentações e representações de corpos fragmentados, expandidos, reconstruídos, corpos artificiais etc. atestam que o corpo humano nunca foi visto como um fenômeno simplesmente natural" (SANTORO, 2005, p. 2).

Com o ciborgue questionam-se as fronteiras entre o homem e os animais, entre os organismos e as máquinas, entre a natureza e a cultura, entre o físico e o não físico. O mito de Haraway, por ser ontologicamente constituído por um processo de hibridização tecno-orgânica, dissolve as fronteiras que nos permitiam pensar numa essência humana original que em larga medida forneceu argumentos para uma perspectiva crítica frente aos avanços do capitalismo tecnocientífico. (TAVARES, 2006, p.4).

A máquina olha o corpo (não o sujeito doente), penetra em suas entranhas e informa com dados numéricos aquilo que viu no corpo, na sua fisiologia. Não são textos, são números que o profissional recebe como dados e transforma em texto. Esta decodificação obedece a códigos não binários. São vários dados fornecidos de forma numérica: Pressão Arterial, Frequência Cardíaca, Pressão Venosa Central, Temperatura Corporal, etc. Tudo isso vira texto e é transformado em diagnóstico da situação momentânea do corpo. Não é o ser pensante que é olhado, vistoriado, medido, aferido, conferido, esquadrinhado; apenas o corpo, substrato da doença, pois a opinião do sujeito doente, sua vontade, seu desejo, seu sentimento, as suas

sensações não são consideradas, sequer percebidas. Apenas os dados do seu metabolismo, de sua função cardiovascular, respiratória, renal, etc., são considerados nessa leitura. É o sujeito sujeito ou objetificado, não importa.

Considerar apenas os dados numéricos, as informações dessa máquina-corpo, poderia ser o caminho para aquilo que muitos cientistas indagam: o corpo humano está se tornando obsoleto? Para alguns a resposta é sim.

Os estudos do sociólogo português Hermínio Martins concluíram que aconteceram mudanças na base filosófica da tecnociência ocidental, principalmente nas últimas duas décadas. Sibilia (2003, p. 13) explica que, segundo as reflexões de Martins,

[...] os saberes hegemônicos da sociedade ocidental estariam abandonando as suas origens “prometéicas” para virarem “fáusticos”. Em oposição à tradição prometéica, que pensa na tecnologia como possibilidade de estender e potencializar gradativamente as potencialidades do corpo (sem aspirar ao infinito, guardando certo respeito pelo que é humanamente possível e pelo que ainda pertence ao território divino), a corrente fáustica enxerga na tecnociência a possibilidade de transcender a condição humana. Assim, valendo-se da nova alquimia tecnocientífica, o “homem pós-biológico” teria condições de superar as limitações impostas pela sua organicidade, tanto em nível espacial quanto temporal.

Para Martins (1997, p. 290) as duas visões da técnica são divergentes: a visão prometéica está ligada ao positivismo, ao socialismo utópico, à Revolução Francesa e ao humanismo de matiz socialista. Já a visão fáustica, vincula-se ao pensamento alemão, e tem como ponto culminante, Heidegger. Em geral, a tradição prometéica traduz uma visão instrumental da técnica e a relaciona ao domínio técnico da natureza para fins humanos e ao bem da humanidade. A visão fáustica critica a visão prometéica e desvincula a técnica de qualquer objetivo humano. Martins articula a concepção moderna da técnica à visão prometéica, mas apresenta um viés fáustico da tecnociência contemporânea.

Para os prometeístas, supõe-se que o progresso da tecnociência implica em um “aperfeiçoamento do corpo”, este será sempre “naturalista e não-gnóstico”. Dessa forma, “os artefatos técnicos constituem meras extensões, projeções e ampliações das capacidades próprias ao corpo humano” (SIBILIA, 2003). A tecnociência prometéica não irá para além desse limite, detém-se nele, sem pretender ultrapassar o umbral da “vida”, porque “a vida orgânica certamente nunca será compreendida de um modo fundamental quanto os mundo físico e humano, ambos os quais são susceptíveis de indefinida mecanização, de uma maneira que a vida orgânica não o seria nunca” dada a sua complexidade inimaginável. E Sibilia prossegue em sua reflexão explicando que, “valendo-se da nova alquimia tecnocientífica, o

‘homem-pós-biológico’ estaria em condições de superar as limitações impostas pela sua organicidade”.

Superar os limites da organicidade humana significa, para essa autora, vencer as doenças, o envelhecimento e até a morte. Dessa forma, o “cyborg seria, então, seu próprio demiurgo¹⁸: o agente da sua própria ‘evolução pós-orgânica’”, afirma ela. Baseado no desenvolvimento da tecnociência parece que o corpo humano perderá a sua definição clássica e se tornará permeável, manipulável, projetável.

Sfez (2007, p. 1), citado em um artigo da Revista Atrator Estranho, percebe o corpo como um obstáculo, uma “região de resistência” às teorias da saúde perfeita. Este artigo afirma que

O corpo tornou-se um território de explorações internas. Os aparelhos hospitalares e laboratoriais o invadem com raios X, laser, som e sondas. A nova exploração agora é endógena, cabe ir a fundo no corpo do homem. Micronaves dotadas de nanotecnologias deverão brevemente percorrer os rios das artérias humanas em busca de informações. Este continente obscuro e mágico agora está sendo descoberto pelas expedições devastadoras da pesquisa científica. Já não satisfeitos - ou desiludidos - com a exploração do planeta e do espaço sideral, os "corponautas" agora realizam a grande marcha para dentro.

São instigantes as preocupações trazidas por Sibilia em seu livro “O Homem Pós-orgânico”. Uma delas é o fato de a tecnociência ser dotada de um saber fáustico e, em função disso, buscar ultrapassar as limitações biológicas decorrentes da materialidade do corpo humano. Este “obstáculo”, que coloco entre aspas, são as restrições mais evidentes às ambições humanas baseadas nas potencialidades da tecnociência.

Na tentativa de romper essa barreira imposta pela temporalidade humana, tenta-se utilizar esse armamento tecnocientífico na direção de uma reconfiguração do que é (ou de quem é) vivo e que luta contra o envelhecimento e a morte. Esse saber radical, que a sociedade contemporânea assiste, evidencia o seu conteúdo fáustico ao pretender um controle sobre a vida superando as limitações biológicas do humano, incluindo aí a própria mortalidade. A engenharia genética, a biologia molecular, células tronco, etc., são exemplos dessa tentativa de, inclusive, ameaçar a morte.

Um dos representantes desta corrente é Stelarc, que “pratica” ou “constrói” uma arte onde o corpo humano é seu objeto de trabalho. Para ele, a morte tornou-se uma estratégia

¹⁸ Termo pelo qual *Timeu* PLATÃO designa o deus que fabrica o universo (LALANDE, 1999, p. 238).

evolutiva ultrapassada. E vai mais além, - “THE BODY IS OBSOLETE. We are at the end of philosophy and human physiology. Human thought recedes into the human past” (STELARC, 2007, p. 1).

Concordo com Sibilía (2003) que, diante de tantos questionamentos e inovações tecnológicas, os limites médicos e jurídicos entre a vida e a morte precisam ser revistos. Estes limites e a permanente inovação tecnológica da medicina também são preocupações de muitos estudiosos da bioética, entre os quais Siqueira (2000) que no Simpósio “Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros” enfatiza que,

[...] Em suma, o desafio que temos pela frente é o de continuar exercendo a medicina como técnica cega e surda, tributária de um arsenal crescente de equipamentos, ou de tentar resgatar a percepção, a reflexão e a crítica em nossos atos profissionais. Não podemos esquecer, outrossim, que a tecnologia já seduz enorme contingente de pacientes que, com frequência cada vez maior, procura atendimento médico apenas para conseguir realizar o sonho de submeter-se aos últimos procedimentos inventados pela tecnociência. Cresce a confiança depositada nas informações fornecidas pelos equipamentos na mesma proporção que decresce a segurança na competência pessoal do médico. Será que assistiremos passíveis a arte médica ser transformada em marionete do fundamentalismo tecnocientífico? (SIQUEIRA, 2000, p. 64).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte na UTI, diferente da morte descrita por Ariés (1989), quando o moribundo tinha consciência plena de que estava morrendo e podia experimentar aquela sensação indescritível de morrer, não é percebida pelo moribundo da modernidade, pois dele é seqüestrada esta experiência. O coma induzido, ou não induzido, a sedação, os inúmeros equipamentos e outros artefatos utilizados pela equipe de saúde, impedem essa experiência própria de quem está morrendo. Assim, resta-nos descrever essa morte sob o ponto de vista do observador, que deve esforçar por relatar da forma mais clara possível.

De certo modo, a morte que pode ser denominada de uma “não-morte”, pois quem morre já não a percebe, já não toma ciência dela por se encontrar, muitas vezes, inconsciente.

A morte que eu vi chegava em silêncio e se colocava ali, ao lado do leito, e ficava a observar o melhor momento para se assomar e assumir o lugar da vida. Outras vezes vinha ruidosa trazendo dispnéias, arritmias cardíacas graves, dores atroz, espasmos convulsivos, enfim, sofrimentos. Mobilizava a equipe inteira na arena do embate telúrico entre viver e morrer, verbos principais do cotidiano humano, mesmo assim, conquistava a vitória sobre a vida e a equipe se entristecia, aceitava conformada a derrota, sem se assumir como culpada, pois cumprira o seu papel com dedicação, respeito e compromisso de profissionais de saúde.

Algumas vezes, poucas, nem tudo foi assim, exceções acontecem sempre na trajetória de qualquer equipe em qualquer instituição, não por culpa da equipe, mas por alguns de seus membros. No geral, era assim, foi isso que observei, foi isso que ouvi.

Esta é a morte na UTI, como se um desligamento silencioso da vida, uma saída “à francesa”, sem mais delongas, sem despedidas. Não é como a morte domesticada de Ariés, mas uma morte esquecida por todos, ali no canto, no isolamento do seu espaço/leito. O moribundo é olhado no panóptico da UTI, mas não é visto nem percebido por esses olhares da equipe de saúde. Os que deveriam olhá-lo, os que estão lá fora, para além do espaço da UTI, seus familiares, seus parentes e seus amigos, só saberão de sua morte após o evento ter-se concluído.

As exceções correm por conta dos que morrem passando mal e que mobilizam a equipe para um embate com a morte. Neste caso, a maioria dos trabalhadores da UTI estará ao seu lado, tentando mantê-lo vivo.

A morte por mim observada não é a única morte que acontece na UTI. Outras mortes antecedem está última, a definitiva morte, o fim, mesmo, da vida.

Primeiro, a entrada na UTI, o seu desligamento do lugar social onde vive para ser colocado no não-lugar onde, de sua história, só importará o que diz respeito à sua doença, mesmo assim, sem grande importância, pois os exames falarão por ele. A chamada História Patológica Progressiva tão importante nas anamneses durante a graduação do médico é esquecida ou perde a importância que tinha antigamente e ainda deveria ter. O que conta é o presente, o aqui e agora, o fato como fato presente, o mal decifrado pelas máquinas que examinam o corpo e dizem do que acontece. É isso que interessa, não mais a sua história de vida, as contingências de sua vida nem o seu viver. Não é mais um cidadão, um ser político, o *homo sapiens sapiens*, agora é apenas um *homo morbus*, o homem-doença ou doença-homem, um novo ente criado pela prática médica e que substituiu o ente anterior, o *homo sacer*.

Sua identidade será um número no Prontuário, um diagnóstico ou o número do leito. Eis uma morte social formalizada no documento que daí para frente terá importância, como o número do cartão de crédito, da identidade, do passaporte etc. E, como fala Augé (1994), a sua relação com o outro será reduzida à uma espetacularização na tela do monitor onde os gráficos e números falarão por ele, ainda mais quando sedado, intubado, em coma induzido, assim por diante. Chamo isso de morte familiar, pois o que assisti e está descrito anteriormente, mostra que para muitas famílias ele já está quase morto, ou praticamente morto, pois não pode conversar, apenas olhar, acariciar e monologar no sussurro quase choroso do desespero.

Não há outra forma de morrer: ou no silêncio da solidão, despercebida, ou no fragor da luta, na arena do embate quando a equipe é derrotada. Assim, o que era esperança tornou-se certeza da derrota. No outro caso, a esperança vai-se desvanecendo e o ser que se tornou moribundo é esquecido, afastam-se dele. Permanece na interface cinzenta entre a luz e as trevas, entre vida e morte. Até a consumação do fato!

REFERÊNCIAS

- AMIB. Associação Brasileira de Medicina Intensiva. Saiba mais sobre a Medicina Intensiva. **Dicionário de termos comuns utilizados em terapia intensiva**. Disponível em: <http://www.amib.org.br/paginasdinamicas/controller?command=MontarPagina&id_pag=167>. Acesso em: 8 ago. 2007.
- ARIAS, Ademir Aparecido de Moraes. **A traição na canção de Gesta Renaut de Montauban**: herança neotestamentária, ética cavaleiresca e evolução política na França do século XIII. 2005. 125 f. Dissertação. (Mestrado em História) Programa de Pós-Graduação em História da Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista – UNESP, 2005.
- ARIÈS, Phillipe. **Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média**. 2. ed. Lisboa (Portugal): Teorema, 1989.
- ARQUIVO VEJA. **Reportagens históricas**. São Paulo, 10 ago. 1994. Disponível em: <<http://vejaonline.abril.com.br>>. Acesso em: 12 out. 2007.
- AUGÉ, Marc. **Não-lugares**: introdução a uma antropologia da supermodernidade. Campinas: Papirus, 1994. (Coleção travessia do século).
- BAUMAN, Zygmunt. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- BECK, Ulrich. Incertezas Fabricadas. sociedade do risco. **IHU Online**, São Leopoldo/RS, 22 mai. 2006. Entrevista concedida a IHU Online. Disponível em: <http://www.unisinos.br/ihu/index.php?option=com_noticias&Itemid=18&task=detalhe&id=4534>. Acesso em 14/04/07.
- BOEMER, Magali Roseira. **A Morte e o morrer**. 3. ed. Ribeirão Preto (SP): Holos, 1998.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/>>. Acesso em: 20 set. 2002.
- BROMBERG, Maria Helena Pereira Franco et al. **Vida e Morte**: laços de existência. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
- BUENO, Francisco da Silveira. **Grande dicionário etimológico-prosódico da língua portuguesa**. São Paulo: Lisa, 1988. 5 v.
- CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1995.
- CARVALHO, Vicente Augusto. A vida que há na morte. In BROMBERG, Maria Helena Pereira Franco et al. **Vida e Morte**: laços de existência. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996, p. 35-75.

CASTIEL, Luis David. **Moléculas, moléstias, metáforas: o senso dos humores**. São Paulo: Unimarco, 1996.

CORTE, Beltrina. **Lugar-não-lugar**. a cidade sem fronteiras. GTS-TICS – Tecnologias Informacionais de Comunicação e Sociedade. Texto do GT de 1996, 6f. COMPÓS – Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação. Disponível em: <http://www.comunica.unisinos.br/tics/textos/1996/1996_bc.pdf>. Acesso em 22/10/2007.

CUNHA, Antonio Geraldo da. **Dicionário etimológico nova fronteira da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

D'ASSUMPÇÃO, Evaldo A. **A morte na UTI**. RNT – Rede Nacional de Tanatologia. Disponível em: <<http://www.redenacionaldetanatologia.psc.br/>>. Acesso em: 10 jan.007.

DASTUR, Françoise. **A morte: ensaio sobre a finitude**. Rio de Janeiro: DIFEL, 2002.

DHNET. Direitos Humanos. **Declaração de Sidney**: sobre a determinação da hora da morte. Disponível em <<http://www.dhnet.org.br/direitos/codetica/medica/22sidney.html>>. Acesso em: 25 abr. 2007.

DEMO, Pedro. **Introdução à metodologia da ciência**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

DIAS, Cristiane. Habitar o não-lugar. **ComCiência, Revista Eletrônica de Jornalismo Científico**, Campinas (SP), nº 88, 2007. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=25&id=289>>. Acesso em: 22 out. 2007.

DURKHEIM, Emile. As formas elementares da vida religiosa. In: Giannotti, J. A. (Org.) **Os Pensadores**. São Paulo, Abril Cultural, 1978.

ELIAS, Norbert. **A solidão dos Moribundos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

FALCÃO, Manuel Franco. **Enciclopédia Católica Popular**. Disponível em <<http://www.agencia.ecclesia.pt/catolicopedia/>>. Acesso em 26 abr. 2007.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. Curso em Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Vozes, 1977.

FRANÇA, Genival Veloso. **Morte, tecnicamente falando**. Disponível em: <www.morteweb.hpg.ig.com.br>. Acesso em: 10 nov. 2006.

GIDDENS, Anthony. **As conseqüências da modernidade**. São Paulo: Edit. da UNESP, 1991.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GRMEK, Mirko Drazen. Vida e morte: um par dialético. Tradução de Selvino José Assmann. **Interthesis**, Florianópolis, v. 3, n.1, p. 1-11, jan/jun 2006.

KOURY, Mauro Guilherme Pinheiro. **Sociologia da emoção: o Brasil urbano sob a ótica do luto**. Petrópolis: Vozes, 2003.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Autonomia e o direito de morrer com dignidade**. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em: 10 out. 2007.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LALANDE, André. **Vocabulário técnico e crítico de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

LAROUSSE Cultural. **Dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Universo, 1992.

LEIS, Héctor Ricardo A tristeza de ser sociólogo no século XXI. **Dados**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0011-52582000000400005&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 abr. 2007.

_____. A sociedade dos vivos. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 9, p.340-53, jan./jun. 2003.

_____. Para uma reestruturação interdisciplinar das ciências sociais: a complexa tarefa de enfrentar os desafios da problemática ambiental sem cair no senso comum da sociedade civil. **Ambient. Soc.**, Campinas, n. 8, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-753X2001000800011&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 abr. 2007.

LEMOS, André. O discurso dos cyborgs. Disponível em: <http://www.facom.ufba.br/acad_prodcient_publici.html#>. Acesso em: 12 set. 2007.

MARTINS, Hermínio. Tecnologia, modernidade e política. **Lua Nova**, n. 40/41, p. 289-322, 1997.

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MARZANO-PARISOLI, Maria Michela. **Pensar o corpo**. Petrópolis: Vozes, 2004.

MASCHINO, Maurice T. A Europa já aceita a morte digna. **Le Monde Diplomatique**. São Paulo, nov. 2006. Disponível em: <<http://diplo.uol.com.br>>. Acesso em: 12 out. 2007.

MENEZES, Rachel Aisengart. Um modelo para morrer: última etapa na construção social contemporânea da pessoa? **Campos**, v. 3, p. 103-16, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec-ABRASCO, 1994.

MORITZ, Rachel Duarte. **O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais da saúde diante da morte**. 2002. 131 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

- MORIN, Edgar. **O Homem e a morte**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- _____. **O Método 4**: as idéias - Habitat, vida, costumes, organização. Porto Alegre: Sulina, 1998.
- _____. **O Método 5**: a humanidade da humanidade, a identidade humana. Porto Alegre: Sulina, 2002.
- NASCIMENTO, A. M.; REGO, Denise; FALCÃO, Tarcisio da Rocha. Pós-Modernidade e morte no entrecruzamento entre os discursos religioso e científico. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis: EDUFSC, Especial Temático, n. 6, p. 55-66, 2002.
- NICOLESCU, Baarab. **O Manifesto da transdisciplinaridade**. São Paulo: Triom, 1999.
- NULAND, Sherwin B. S. **Como morremos**: reflexões sobre o último capítulo da vida. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.
- PEREIRA, Cilene; BRIGUGLIO, Nunzio. Médicos brasileiros admitem que adotam a eutanásia e reclamam da inexistência de uma lei que a regulamente. **Isto É**, São Paulo, n.1398, 17 jul. 1996.
- PESSINI, Leo. Comentários. In: CESAR, Bel. **Morrer não se improvisa**. São Paulo: Gaia, 2001, p. 103-108.
- PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Paul de. **Problemas atuais de bioética**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1994.
- QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan. **Manual de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gradiva, 1992.
- RODRIGUEZ, Enrique Villamizar. El Morir y la muerte en la sociedad contemporânea problemas médicos y bioéticos. **Revista Gerencia y Política de Salud**. Bogotá, v. 1, n. 2, p.66-80, set. 2002.
- SANTORO, Maria Teresa. Imagens do Corpo: interfaces com a tecnologia. **Integração**, v.11, n. 43, p.325-331, out./nov./dez. 2005.
- SCHRAMM, Roland Firmin. Morte e finitude SFEZ em nossa sociedade: implicações dos cuidados paliativos. **Rev. Bras. Cancerol**. Rio de Janeiro, v. 48, n.1, p. 17-20, jan/fev/mar. 2002.
- SFEZ, Lucien. Corpo. **Atrator Estranho** nº 29. Disponível em: <<http://www.eca.usp.br/nucleos/filocom>>. Acesso em: 16 out. 2007.
- SIBILIA, Paula. **O Homem pós-orgânico**: corpo, subjetividade e tecnologias digitais. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.
- SIERRA, Pelayo García. **Diccionario Filosófico**. Disponível em: <www.filosofia.org/filomat>. Acesso em: 24 abr. 2007.
- SILVA, Juremir Machado. Em busca da complexidade esquecida. In: CASTRO, Gustavo et al. (Org.). **Ensaio de complexidade**. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2002, p.93-102.

SIQUEIRA, José Eduardo. Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. **Bioética**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 55-67, 2000.

SOUZA, Carlos Alberto. **Dissolução e espetacularização da morte na televisão**: uma visão interdisciplinar sobre o fenômeno nos telejornais brasileiros. 2005, 254 f. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas) Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humana da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

STELARC. **Obsolete Body**. Disponível em: <www.stelarc.va.com.au/obsolete>. Acesso em: 07 out. 2007.

TAVARES, Paulo. Sobre a tecnopólis. **PARC – Pesquisa em Arquitetura e Construção**. N. 1, 18p. out. 2006. Disponível em: <<http://www.fec.unicamp.br>>. Acesso em: 21 set. 2007.

TAVARES, Celina Maria; GAIVA, Maria Aparecida M. O nascimento: um ato de violência ao recém-nascido? **R. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 23, n.1, p.132-145, jan. 2002.

UTI - Site www.medicinaintensiva.com.br. Biografia Oficial do Hospital Johns Hopkins Medical. **Walter Edward Dandy**. Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br/dandy-pagina.htm>>. Acesso em: 02 out. 2007.

_____. História da Terapia Intensiva: personagens. Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br/personagens.htm>>. Acesso em: 02 out. 2007.

VALLS, Álvaro L. M. **Repensando a vida e a morte do ponto de vista filosófico**. 2002. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/morteamv.htm>>. Acesso em: 11 dez. 2006.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira. **Corpus ex machina**: a ciborguização da enfermeira no contexto da terapia intensiva. 2002. 157 f. Dissertação (Mestrado em Educação) Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

WEBER, Max. **Ensaio de sociologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1982.

WIKIPEDIA, a enciclopédia livre. **Guerra da Criméia**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Guerra_da_Crim%C3%A9ia>. Acesso em 02 out. 2007.

ANEXO 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS -CEP
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 144/07

I – Identificação:

Título do Projeto: A MORTE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA: UM ESTUDO DE CASO COM PROFISSIONAIS MÉDICOS DE UTI.

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Hector Ricardo Leis (Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política/UFSC).

Pesquisador Principal: José Pedro Rodrigues Gonçalves (Mestrando em Sociologia Política/UFSC).

Data Coleta dados: 02 de julho a agosto de 2007.

Local onde a pesquisa será conduzida: Hospital de Caridade.

Data de apresentação ao CEP: junho de 2007.

II - Objetivos:

Identificar com o é morrer na UTI e de que forma essa morte produz mudanças no modo de pensar e agir dos médicos, quando este evento passa a fazer parte de seu cotidiano profissional

Descrever o processo de morrer na UTI

Analisar o significado dessa morte para os médicos, que convivem cotidianamente com este evento; ao desenvolverem as suas atividades profissionais em unidade hospitalare de terapia intensiva.

- III - Sumário do Projeto

Conforme palavras da pesquisadora principal, este é um estudo qualitativo, na modalidade estudo de caso, com entrevistas e observação sistemática. A amostragem será formada por médicos que trabalham na UTI. Para coleta de dados serão utilizados os seguintes instrumentos: análise documental, entrevista semi-estruturada e técnica de observação sistemática.

IV - Comentário

O projeto está bem elaborado e devidamente justificado. Os currículos das pesquisadoras demonstram capacitação para o desenvolvimento do estudo. O tema é relevante e na área sociologia política, principalmente as reflexões sobre as implicações dos impactos aos quais os médicos são submetidos ao lidar cotidianamente com a morte.

Segundo a pesquisadora principal, o estudo não oferece riscos aos participantes.

Os autores, através de seus currículos, demonstram capacitação para seu desenvolvimento.

O TCLE está adequado a compreensão dos participantes e a declaração institucional foi apresentada.

O orçamento e cronograma foram apresentados e estão adequados segundo os objetivos que o estudo se propõe.

V – Parecer CEP:

(X) aprovado

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade, em reunião deste Comitê na data de 25 de junho de 2007.



Prof. Washington Pereira de Sousa

Coordenador - CEP

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.



CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é **JOSÉ PEDRO RODRIGUES GONÇALVES**, sou Médico e curso o Mestrado em Sociologia Política na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), onde estou desenvolvendo a pesquisa **“A morte na sociedade contemporânea: um estudo de caso com profissionais de UTI”**. Os objetivos deste estudo são:

- Identificar como é morrer na UTI e de que forma essa morte produz mudanças no modo de pensar e agir dos médicos, quando este evento passa a fazer parte do seu cotidiano profissional?
- Descrever o processo de morrer na UTI;
- Analisar o significado dessa morte para médicos, que convivem cotidianamente com este evento, ao desenvolverem as suas atividades profissionais em unidades hospitalares de Terapia Intensiva.

Como médico você está sendo convidado(a) para participar desta pesquisa.

A pesquisa será desenvolvida, no período de Junho/2007 a agosto/2007. Foi oficializada e aprovada no Programa de Pós-Graduação de Sociologia Política da UFSC, no Comitê de Ética da UFSC para Pesquisas que Envolvem Seres Humanos e neste Hospital.

A coleta de dados da pesquisa será desenvolvida através de observação das atividades na UTI e de uma entrevista com profissionais médicos das equipes. Gostaria de contar com a sua colaboração na entrevista, na qual serão feitas perguntas relacionadas ao processo de morrer na UTI. Ela durará mais ou menos 30 minutos e será gravada com o seu consentimento.

Todas as informações obtidas na sua entrevista e nas observações permanecerão confidenciais e serão usadas somente para este estudo. Durante o estudo e após o seu término, todas as informações serão guardadas comigo sem acesso para outras pessoas.

Sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária. Sua decisão em não participar ou em de retirar-se, a qualquer momento, não terá nenhuma implicação para você. Todos os procedimentos da pesquisa não trarão qualquer risco à sua vida e a sua saúde, mas espero que tragam benefícios para o seu processo de trabalho.

Caso você tenha ainda alguma outra dúvida em relação à pesquisa, ou quiser desistir, em qualquer momento, poderá comunicar-se pelo telefone baixo ou fazê-lo pessoalmente.

Mestrando: **José Pedro Rodrigues Gonçalves**

Telefones: Pós-Graduação da UFSC (48) 3721-9253

Residência (48) 3028-18 46

Assinatura: _____



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política

Eu, _____,
fui esclarecido(a) sobre a pesquisa **“A morte na sociedade contemporânea: um estudo de caso com profissionais de UTP”** e concordo em participar dela e que as informações que eu prestar sejam utilizados em sua realização.

Florianópolis, _____ de _____ de 2007.

Assinatura: _____

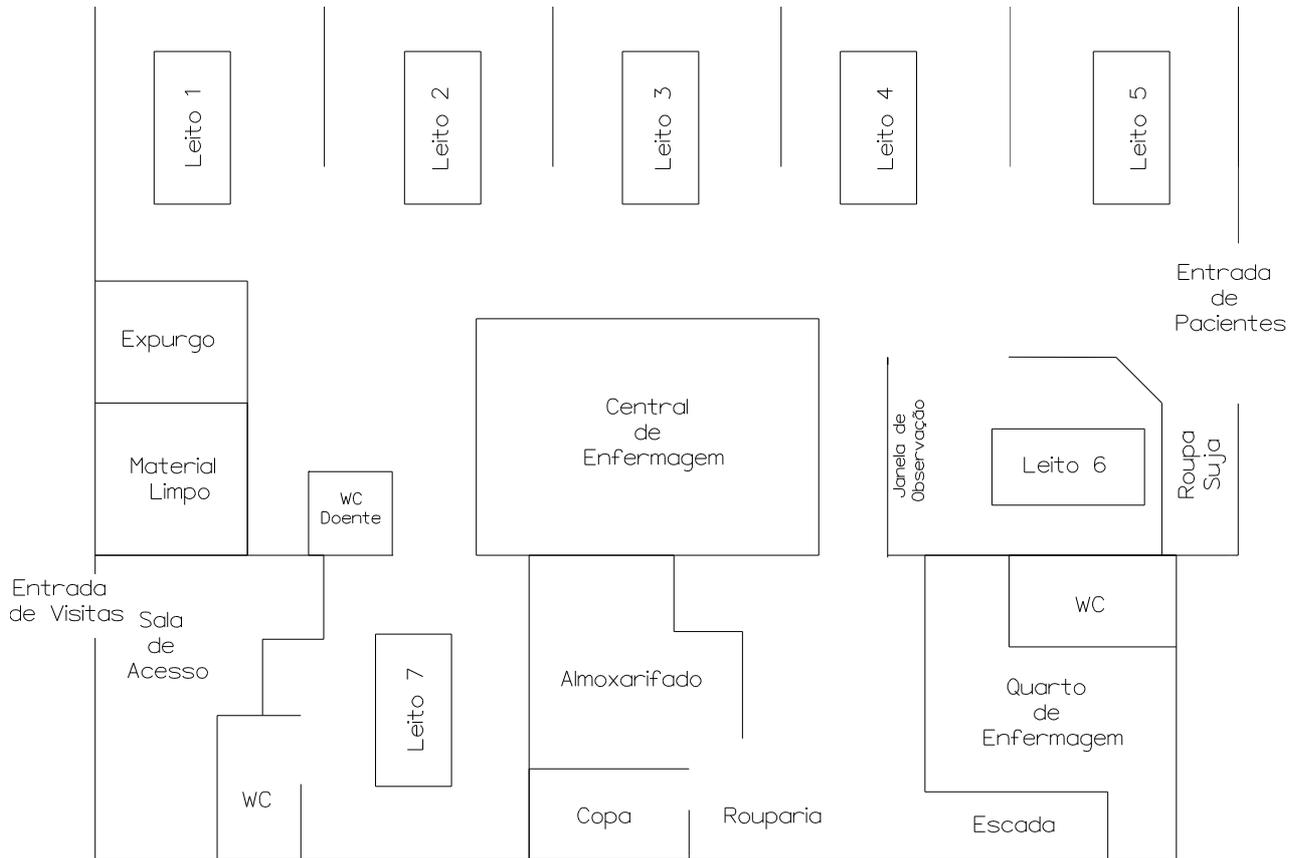
RG: _____

Data do estudo: _____

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a participante da pesquisa.

ANEXO 3

Planta Baixa da UTI estudada



LAYOUT DA UTI

ANEXO 4

MODELO DO QUADRO DE ANOTAÇÕES DE INTERNAÇÕES.

LEITO	CLIENTE	REGISTRO	CONVÊNIO	OBS. ENF.	OBS. MÉD.
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
ANOTAÇÕES DIVERSAS					

ANEXO 5

<http://www.neurologia.ufsc.br/artigos/outros/criterios.html>

PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA

FASES A SEREM CUMPRIDAS

I - Descartar Causas Reversíveis de Coma Capazes de Mimetizar Morte Encefálica - ME:

Hipotermia: sabe-se que a hipotermia pode dar resultado falso positivo de ME, particularmente quando o corpo está abaixo de 32,2° C (temperatura retal), sendo necessária restauração a normotermia antes de qualquer especulação diagnóstica.

Atenção: Hipotermia é um método seguro e eficaz de combate a edema cerebral grave, condição responsável por grande parcela dos mortos encefálicos. Esta técnica, está sendo desenvolvida pela Universidade de Heidelberg/Alemanha e certamente ganhará importância crescente nos próximos anos¹¹. Há evidências de que seu emprego precoce, imediatamente após o insulto traumático, contribuirá para uma redução expressiva dos indivíduos que desenvolvem ME pós TCE grave em nossa sociedade.

Choque: Devido ao choque, independentemente de sua etiologia, a diminuição de fluxo sanguíneo cerebral pode provocar uma suspensão transitória da atividade elétrica cerebral e um quadro clínico aparentando ME. Logo, é imprescindível a tentativa de manutenção da pressão arterial antes de diagnosticarmos ME em vítimas de choque.

Intoxicação por drogas: parada transitória das funções encefálicas pode ser induzida por overdose de múltiplas drogas sedantes do SNC, como barbitúricos, benzodiazepínicos, entre outras. Quando se suspeita disso, um "screening" deve ser realizado e, nesses casos, o uso de potencial evocado pode ser de grande valia, pois é incomum que essas drogas afetem o teste. É expressamente recomendável um período de observação mais prolongado nos casos em que aventa-se esta possibilidade; principalmente quando da suspeita de barbitúricos, devido a longa meia-vida destas drogas, com sua rica recirculação êntero-hepática e drástica redução da motilidade gastrointestinal.

Distúrbios metabólicos: algumas condições como encefalopatia hepática, coma hiperosmolar, hipoglicemia e uremia podem levar a coma profundo, sendo que estas alterações metabólicas devem ser consideradas antes de determinar a irreversibilidade das funções encefálicas e esforços devem ser feitos para corrigi-las. Nos casos suspeitos, exames complementares deverão ser realizados em todos eles.

II - Exame Clínico e Teste da Apnéia:

Reflexo pupilar: deve ser realizado com fonte luminosa de boa intensidade, observando se há resposta tanto direta quanto consensual e, se necessário, utilizar lupas e em ambientes com baixa luminosidade.

Reflexo corneano: explorar utilizando mecha de algodão, tocando alternadamente as córneas e observando-se a presença de fechamento palpebral e/ou desvio conjugado dos olhos para cima (fenômeno de Bell). Atenção: algodão seco é o material a mais adequado para ser utilizado!

Reflexo oculocefalógiro: explora-se com movimentos rápidos de rotação da cabeça no sentido horizontal e flexão e extensão do pescoço. Na resposta normal, observa-se um deslocamento ocular no sentido contrário aos movimentos realizados. Atenção: devido ao risco de lesão medular estas manobras são proibitivas em pacientes vítimas de trauma, pelo menos até que se tenha evidência radiológica de integridade da coluna vertebral.

Reflexo oculovestibular: explora-se elevando a cabeça do paciente a 30 graus do plano horizontal; determinar previamente por otoscopia a permeabilidade do conduto auditivo e aplicar lentamente 50 ml de água à 40°C sobre a membrana timpânica, observando se há desvio ocular. Resposta normal seria desvio em direção ao estímulo.

Reflexos cocleopalpebral, sucção e mentoniano: são de pouco valor discriminativo. Reflexos faríngeos, de deglutição e de tosse: muitas vezes são comprometidos pelo uso de cânulas endotraqueais para ventilação, como também pelo ressecamento das mucosas. Entretanto, sem dúvida, podem ser pesquisados como os reflexos supracitados, pois quanto mais dados disponíveis, maior será a segurança do diagnóstico de ME. Relembramos o fato de que este é de caráter essencialmente clínico.

Teste da apnéia: tem como intuito comprovar se há movimento ventilatório espontâneo pela estimulação de centros respiratórios pela hipercapnia de no mínimo 60 mmHg. O teste consiste inicialmente em observar se o paciente não realiza nenhum esforço contrário à ventilação mecânica. Após 15 minutos, o paciente é ventilado durante 10-20 minutos com 100% de oxigênio e colhe-se uma gasometria arterial que deve mostrar um pO₂ de 100 ou mais mmHg. Na seqüência, ele é desconectado do ventilador e com um catéter traqueal se administra oxigênio a 6 litros/minuto. Por um período de 10 minutos, observa-se se há movimento ventilatório e colhe-se outra gasometria. O teste é dito positivo quando a pCO₂ da segunda gasometria atingir um nível mínimo de 60 mmHg sem nenhum movimento ventilatório concomitante. Caso pCO₂ seja menor que 60 mmHg, o teste deve ser repetido e, utilizando do aumento médio de pCO₂, de 3 mmHg/minuto em adultos, para cálculo do período de observação.

Após a constatação clínica e registro de coma não reativo do paciente, este deve ser observado por um período mínimo de 12 horas, após o qual dever-se-á repetir a avaliação clínica e registrar se houve alguma modificação do quadro inicial. Caso o exame permaneça inalterado, uma nova avaliação clínica deverá ser realizada 12 horas após. Nesta ocasião, se o paciente persistir em coma profundo, com ausência de resposta na pesquisa dos reflexos enumerados acima e tiver um teste da apnéia positivo, deverá ser estabelecido o diagnóstico de ME.

III - Exames Complementares

EEG: deve demonstrar ausência de atividade elétrica cerebral. Este procedimento deverá ser realizado conforme as normas técnicas da American EEG Society (detalhes técnicos podem ser obtidos no "Minimal Technical Standards for EEG Recording in Suspected Cerebral Death" - Guidelines in EEG 1980, Atlanta, American Electroencephalographic Society, 1980, section 4, pp. 19-241)7.

Potencial evocado: é um exame que poderia ser utilizado quando há alguma limitação para a realização do exame clínico ou como uma opção confirmatória extra. Pela sua praticidade, deverá ser o exame de eleição para confirmação de ME quando houver pendências legais ou necessidade de diagnóstico precoce.

Angiografia de 4 vasos encefálicos ou outros métodos de medição do fluxo sanguíneo cerebral, que demonstre ausência de fluxo sanguíneo cerebral.

Ultrassonografia: poderá fornecer informações valiosas sobre ausência de circulação sanguínea em território das artérias carótidas. Quando disponível substitui angiografia cerebral com o charme de ser um estudo não agressivo¹³.

IV - Comentários Adicionais

O período de observação clínica e documentação da cessação da função cerebral por um período mínimo de 6 horas JUNTAMENTE com ausência de atividade elétrica cerebral OU perfusão sanguínea cerebral, estabelece o diagnóstico de ME e torna dispensável a necessidade de reavaliações clínicas. Todavia, conforme já comentado, na ausência desses testes complementares, o período de observação clínica deve ser no mínimo de 24 horas. Logo, gostaríamos de enfatizar que exames complementares não são pré-requisitos necessários para se firmar o diagnóstico de ME^{2,3,8}. Contudo, reconhecemos que sua disponibilidade permitirá anteciparmos com segurança o diagnóstico desta condição.

Uma vez diagnosticada ME, a junta deve preencher o atestado de óbito em duas vias, sendo uma encaminhada a conselho de ética médica da instituição e outra anexada ao prontuário. Nesta hora, apoio psicológico aos familiares é imprescindível. Além disso, o médico responsável deverá ser esclarecedor e objetivo quando expõe aos mesmos a irreversibilidade da situação. Assim como deveria transmitir apropriadamente sentimentos de solidariedade pela perda de um ente querido¹⁰.

Neste momento, algumas iniciativas deveriam ser implementadas se o corpo do indivíduo em ME for identificado como um doador em potencial. A primeira delas seria um contato com os familiares responsáveis. Entretanto, devido ao seu caráter epidêmico nos dias atuais, um teste para HIV deveria ser feito previamente em todo indivíduo candidato à doação, não importando comportamento prévio ou classe social, pelos riscos inerentes e óbvios desta condição. Além disso, devemos ter na memória que outras sérias enfermidades infecto-contagiosas continuam existindo. A despeito de serem menos frequentes, algumas delas são de tal gravidade que sobrepujam a famosa SIDA em termos prognósticos (Jakob-Creutzfeldt por exemplo, veja mais em Demência e suas causas) e os indivíduos receptores deveriam serem poupados de tal desatino.

Finalizando, gostaríamos de realçar mais uma vez que o diagnóstico de ME é fundamentalmente clínico. A despeito disso, testes complementares serão necessários quando da avaliação de crianças até 5 anos de idade⁵. Da mesma forma, pacientes com lesões infratentoriais, independentemente de sua idade, deveriam ser objeto de avaliação muito cautelosa, pois muitas vezes seu quadro clínico indefinido exigirá o uso de exames complementares diversos para a confirmação diagnóstica^{7,9,13}.

O presente ensaio apresenta uma proposta de critérios diagnósticos de ME à sociedade médica. Conceitos nesta área estão em contínua evolução. Por esta razão, este documento deveria ser objeto de aprimoramento permanente e os colegas são convidados à reflexão e a colaborarem neste desígnio.