

**REFLEXÕES TEÓRICAS SOBRE A MORTE: SUGESTÕES DE UMA
EXPERIÊNCIA EM INSTITUIÇÃO DE ASSISTÊNCIA EM SOBRAL/CE**

**THEORETICAL REFLECTIONS ABOUT DEATH: SUGGESTIONS FOR AN
EXPERIENCE IN CARE INSTITUTION IN SOBRAL / CE**

**RÉFLEXIONS THÉORIQUES SUR LA MORT: SUGGESTIONS POUR UNE
EXPÉRIENCE DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS À SOBRAL / CE**

Vicente de Paulo Sousa¹

(vicentypsousa@hotmail.com)

(Especialista em Gestão de Organizações Sociais pela
Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA).

Nilson Almino de Freitas²

(nilsonalmino@hotmail.com)

(Professor de Antropologia da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA,
doutor em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará, Pós-doutor em Estudos
Culturais pelo Programa Avançado de Cultura Contemporânea da Universidade Federal
do Rio de Janeiro – PACC/UFRJ, pesquisador associado do PACC/UFRJ e
professor do Mestrado Acadêmico em Geografia).

RESUMO: o artigo faz reflexões teóricas sobre a morte. A reflexão surge após lembranças de experiências de pesquisa com pacientes de câncer atendidos pelo Grupo de Voluntários Viva a Vida na cidade cearense de Sobral. Nesse caso, a ideia da proximidade com a morte que a doença atrai, pensada como um mal a ser superado no corpo enfermo, influencia na modificação do modelo de raciocínio consciente sobre o mundo em que o paciente de câncer vive no contexto do Grupo de Voluntários. Nesse sentido, a comparação com outras situações onde a morte é um "quase acontecimento", quando as narrativas estão situadas em momento mais seguro, onde o perigo da morte foi superado, serve como parâmetro para entender a situação analisada que é inversa: a doença pode desencadear na morte. O juízo do médico com relação ao corpo enfermo e a genealogia do modelo de pensamento que orienta a formação desse profissional servirá também para pensar as implicações sociais da morte.

negação da morte; saber médico; representações sobre a morte; quase acontecimento.

ABSTRACT: The article discusses the perceptions of death among cancer patients served by the Grupo de Voluntários Viva a Vida in the city of Sobral in Ceará. In this case, the idea of proximity to death that attracts the disease, thought of as an evil to be overcome in the sick body, influences the modification of the model of conscious reasoning about the world in which the cancer patient lives in the context of the Group of Volunteers. In this sense, the comparison with other situations where death is an "almost happened" when the narratives are set in when it is safe, where the danger of death has been overcome, serves as a parameter to understand the situation examined irreversed: the disease can trigger death. The doctor's opinion regarding the genealogy of

1 O presente artigo fundamenta-se em sua monografia de graduação em Ciências Sociais que lhe concedeu o título de Bacharel. O título da monografia é: "Grupo de Voluntários de Sobral Viva a Vida: um estudo sobre a prática voluntária e filantrópica".

2 Responsável por parte das reflexões teóricas e recorte temático do presente artigo, assim como responde por sua finalização.

the sick body and the mental model that guides the formation of this professional will also consider the social implications of death.

denial of death, medical knowledge, representations of death, almost event

RÉSUMÉ: L'article fait des réflexions théoriques sur la mort. La réflexion vient après les souvenirs de l'expérience en recherche avec des patients atteints de cancer desservis par le groupe de bénévoles vivant de la vie dans la ville de Ceará Sobral. Dans ce cas, l'idée de la proximité de la mort qui attire la maladie, pensée comme un mal à surmonter dans le corps malade, influe sur la modification du modèle de raisonnement conscient sur le monde dans lequel le patient atteint de cancer vit à travers le Groupe de volontaires . En ce sens, la comparaison avec d'autres situations où la mort est un «événement quasi" quand les récits sont situés dans plus sûr maintenant, où le danger de mort a été vaincue, sert de paramètre pour comprendre la situation analysée est inversé: la maladie peut déclencher la mort. Le jugement du médecin en ce qui concerne le corps du patient et la généalogie de la pensée qui guide la formation de ce modèle professionnel servira également à prendre en compte les conséquences sociales de la mort.

déni de la mort; connaissances médicales; représentations sur la mort, presque passe.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esse artigo tem como objetivo refletir sobre algumas implicações sociais e históricas selecionadas pelos articulistas sobre a concepção e a prática com a morte em uma determinada situação de assistência voluntária a pacientes do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral, cidade do estado do Ceará. Não é uma coisa fácil falar e lidar com a morte em nossa sociedade, principalmente em uma realidade como a do Grupo de Voluntários de Sobral Viva a Vida, entidade filantrópica que oferece apoio a pacientes com câncer em processo de tratamento no Hospital já citado. Convivendo cotidianamente com pessoas com doenças terminais, o pesquisador Vicente de Paulo Sousa, responsável pelo trabalho de campo e monografia sobre o tema, criou uma resistência em focar esse assunto com eles naquele ambiente específico, onde se busca com todas as forças uma esperança de sair vivo. Falar sobre suas perspectivas de vida quando são portadores de câncer não foi assunto fácil.

Nas primeiras visitas, um voluntário chegou a orientar o pesquisador citado a não ficar falando sobre morte ou relatar casos ocorridos, a não ser que fossem de caráter positivo ou "exemplos bons" a serem seguidos, como uma maneira de incentivá-los diante do tratamento. Portanto, a própria instituição de assistência voluntária reconhece a morte como um tabu. É uma instituição que ajuda a reforçar uma construção social e

ritual daquilo que os sujeitos que a constituem, de acordo com a cultura na qual eles estão situados, não querem: a morte.

Logicamente que ao se submeter a um tratamento longo e doloroso na luta contra o câncer, o paciente tem uma esperança de sair curado da doença. Prova disso é quando o pesquisador já referido tomou coragem e conversou com alguns pacientes. Eles manifestavam o desejo de chegar ao fim do tratamento, falando em receber alta. Isto baseado numa série de exames que teriam que ser feitos para se chegar a isto. A confiança na medicina e suas promessas sustentadas no “progresso” da ciência davam ao paciente uma esperança. Ao mesmo tempo, a morte como "quase acontecimento" (conceito a ser mais bem definido ainda nesse artigo), já que a doença está diretamente relacionada a esta eminência na nossa sociedade, causa um mal-estar que impede a sua tematização nesse contexto específico.

Alguns de fato devem ter recebido alta, outros não tiveram essa mesma sorte, como foi o caso de seu José em 2007. Em um intervalo de poucos dias, logo após a conversa com Vicente, ele faleceu.

O fato é que falar de morte pareceu ser muito doloroso para os pacientes em geral, para seus familiares e para o pesquisador. Isso tem uma relação direta com o espaço social e o tempo onde eles se encontram. Aliás, correr contra a morte requer uma reconfiguração de temporalidade e de espacialidade do corpo para se manter a vida. O mesmo voluntário que deu o alerta para não se falar sobre o tema da morte lembrou situações em que o paciente não admite o fato de estar com câncer. Segundo ele, já houve diversos casos em que a pessoa doente é abandonada pelos familiares, pois não querem de forma alguma participar do processo de tratamento. Isto parece ser uma maneira de se poupar em ver o outro sofrendo, uma forma de evitar a dor, o sofrimento ou aquilo que não querem para si. Outra voluntária relata que alguns pacientes temem tanto a doença que dizem: “eu vou tomar uma vacina pra evitar aquela doença ruim que a gente não pode dizer nem o nome”. Em algumas reuniões do Grupo de Voluntários de Sobral Viva a Vida, ouviu-se algo do tipo, além dos relatos de abandono do paciente por parte da família.

Essa situação obriga ao pesquisador a pensar quais as implicações, assim como quais os valores em jogo nessas situações onde a morte, coisa que todos reconhecem ser inevitável, é negada e carece de esquecimento. Nesse caso, são determinados aspectos

sobre a cultura relacionada à morte, ou melhor, a subjetivação de determinados valores sobre a suposta proximidade da morte que constituem o foco do artigo.

Apesar dessa necessidade de fugir da morte, ao mesmo tempo, na nossa sociedade ocidental entende-se o morto como presente no meio dos grupos de parentesco conferindo identidade a eles. Preserva-se a lembrança do morto, colocando-o como um ser acima de nós na escala ontológica, governando os vivos. Entretanto, evitamos a morte a todo custo. Logicamente que alguns mortos são esquecidos também, dependendo da conduta individual enquanto vivo ou mesmo por ter sido abandonado pela família antes de morrer. Discute-se aqui, portanto, não necessariamente a morte, mas as implicações sociais e históricas de sua ambiguidade tentando situar essa discussão na vivência compartilhada pelo pesquisador Vicente de Paulo Sousa, destacando o que é permitido ou não se dizer sobre a morte no ambiente de sua pesquisa que é o Grupo de Voluntários de Sobral Viva a Vida. Começamos pela tendência de sua negação, entendendo-a como integrante de uma cultura mais geral.

A NEGAÇÃO DA MORTE NA SOCIEDADE OCIDENTAL

José Carlos Rodrigues (2006) discorre sobre o dilema que circunda o tema. Segundo ele, no conjunto de transformações que a humanidade tem sofrido, apenas duas situações de grande pertinência aos seres humanos continuam imutáveis: o fato de que os homens nascem e morrem. Alguns animais têm certa percepção da morte segundo o autor, outros não. Porém, para o mesmo autor, apenas o homem tem consciência do seu próprio fim, mesmo que essa só se aplique a uma parte de sua humanidade ou em algumas culturas ao se pensar a corporeidade.

No caso de boa parte daqueles que vivem em uma determinada cultura ocidental, principalmente aqueles que se caracterizam por um individualismo dissociado e independente de grupos mais amplos, a perda dessa noção de eu é considerado um dos sinônimos da morte em algumas ocasiões. Isso porque a ideia de vida está fortemente relacionada a um progresso individual sempre carente de novas experiências e valores.

Nesse contexto, pode-se entender que a morte de certa forma fornece os ditames de algumas normas sociais e da própria individualidade de um ser. É como se ela regulasse os padrões de comportamento também. A consciência da individualidade ditada pela oposição morte e vida, ganha força na sociedade ocidental através do

Iluminismo, ou antes, na Renascença, onde se tem origem um movimento contínuo de desencantamento do mundo provocado pela ideia de “progresso”, principalmente usando como ferramenta a ciência dissociada do campo religioso.

Max Weber (1999) chama atenção que esse movimento remete à valorização da prática e da técnica, assim como vai além dela. Na ideia de progresso, segundo Weber que, por sua vez, lembra Tolstoi, a morte não tem sentido, justamente porque a vida individual na nossa sociedade está imersa no “progresso” infinito que impede a visão de um fim. É sempre possível a esperança de um novo “progresso” para aquele que o vive. Dessa forma, ninguém sente que ao morrer a pessoa chega ao limite do que poderia viver, pois é possível sempre fazer mais, apesar da idade. A esperança está na ciência e na técnica que cada vez mais promovem uma espécie de negação do corpo e, ao mesmo tempo da morte, pois, nem se está satisfeito com o corpo como está, nem a morte é uma busca. Muito pelo contrário, é tabu.

Lembrando mais uma vez Tolstoi, Weber (1999) fala que Abraão ou os camponeses do passado criado pelo Antigo Testamento, morriam velhos e plenos de vida, pois esses estavam convencidos de fechar o ciclo de suas existências e pareciam entender que a vida havia lhes ofertado todo o sentido que podiam proporcionar-lhes. Nesses exemplos, existia um entendimento de que não há mais enigmas que eles teriam que resolver. Podiam considerar-se satisfeitos com a vida.

Na Idade Média, dentre aqueles com formação cristã, morrer no leito era comum e costumeiro, ao passo que a dor e a aflição por parte do indivíduo que estava morrendo não eram tão intensas. Isso porque não se acreditava numa ruptura radical, afinal, esperava-se despertarem no paraíso. A crença na ressurreição lhes trazia esse conforto. Além disso, a morte não rompe com o valor da integridade da personalidade individual. Nicole Pellegrin (2008) chama atenção que o corpo nesse tempo histórico era visto como habitat temporário de uma alma imortal. Era um mero instrumento a serviço da salvação pessoal e, conseqüentemente, comunitária. Nesse aspecto, o corpo era marcado pelo selo da fé cristã e não tinha a mesma importância, quando comparado ao momento contemporâneo. O cuidado, no sentido que hoje se dá a saúde, associado com um determinado padrão estético, não era um valor corrente. O cuidado maior era com a alma que era prerrogativa, em última instância, da Igreja.

Por outro lado, o corpo agrega fortes expectativas quando mortos, obrigando aos demais a organização e participação em rituais complexos, para honrá-lo ou puni-lo, o

que depende da conduta em vida. É como se ele ganhasse uma humanidade sem corporeidade, mesmo morto, podendo até ser considerado sagrado em alguns casos. A marca de respeito e, ao mesmo tempo, de medo é o fato a ser resolvido, escondendo o corpo morto em ritual com tempo limitado para evitar o aumento de seu estado de degradação. Estando exposto, o corpo morto estaria suscetível a tudo aquilo que pode denegrir sua imagem. Por isso, cuidados anteriores devem ser tomados como preparação para preservá-lo belo e merecedor de saudosa memória a ser preservada enquanto tal. Logicamente que esses cuidados vão variar de caso para caso, tendo aqueles que não merecem atenção ritual pela sua má conduta em vida.

Nas proximidades do século XV, período de grandes transformações operadas desde os séculos XII-XIII, a morte no leito toma a partir de então um caráter dramático. Isso também se deve ao fato das grandes inovações que se dão nesse contexto. A percepção da morte passa por uma mudança: crescimento pelo "amor a vida", industrialização acelerada, questionamentos sobre a imortalidade e sobre a salvação da alma, fortalecimento do individualismo, rituais de "julgamento" transferidos para o quarto do moribundo no momento da morte, passando de público para privado, dentre outros aspectos (Rodrigues, 2006).

Nos séculos XVI e XVII a dramaticidade aumentará ainda mais. A noção de finitude, de tempo, a transferência da identidade pessoal para a biográfica, tudo isso começa a vacilar com a eminente possibilidade e certeza da morte (Pellegrin, 2008). Os séculos XIX e XX marcam o momento do afastamento social da morte. A ideia de "progresso" e a ciência aplicada à consolidação da ideia de saúde, como já observado aqui, são as maiores responsáveis por isso.

Em nossa sociedade se vê uma continuidade de novos pensamentos e experiências que parecem estar em constante transformação. A "novidade" é uma constante e um valor a ser cultuado. Novas "práticas", "técnicas" e valores constantes impressionam e fazem crer que tudo é possível de ser feito, inclusive evitar a morte. As pessoas podem sentir-se cansadas da vida, mas entender que estão plenos de sua existência parece improvável. O progresso como valor formam as pessoas para entenderem que podem ter e fazer mais do que possuem. Assim, a morte passa a não ter sentido. Muito pelo contrário, passa a ser vista como uma agressão ou algo a ser evitado, demandando mecanismos que possam negá-la ou afastá-la cada vez mais.

Por outro lado, a ideia de “progresso” é sempre negociada socialmente de tal forma que se torna um valor impreciso e, em muitos casos, sem sentido. Conseqüentemente, a vida, apesar de ser um valor fundamental para existência individual, ganha sentidos e significados múltiplos, inclusive pode ser ceifada em algumas situações mais radicais onde o indivíduo entende que não pode mais se sustentar vivo.

Socialmente a morte acaba provocando uma série de implicações. Isso porque o sentido da perda pela morte vai muito além do que se possa imaginar. Atinge não só os que são mais próximos, mas, de acordo com Rodrigues (2006), tal vazão atinge também as estruturas coletivas. É um dos momentos em que as consciências da coletividade se sentem também abaladas.

Uma situação como a vivida por aqueles atendidos pelo Grupo Viva a Vida não faria sentido se somente os parentes ou amigos mais próximos aos organizadores do grupo fossem afetados com a possibilidade da morte. O Grupo se justifica, não somente pelo esforço individual, solidário e caridoso de seus membros. É também uma necessidade coletiva que surge para ajudar ao sistema de saúde a burlar a morte. Pensando no âmbito individual, é também mais um lugar para fugir do medo da morte. Não no sentido de estar à vontade para morrer. Mas no sentido de que evitando que os outros morram, é capaz de superar seus dilemas pessoais no que se refere ao mesmo tema e até superar a ideia de finitude. Já que o culto merecido é ao morto é não à morte, vale a pena explorarmos mais essa questão de forma comparativa.

FINITUDE E IMORTALIDADE DA ALMA: REFLEXÕES SOBRE A MORTE E O MORTO

Marcell Mauss (2003) chama atenção de que a doença favorece ao indivíduo entendê-la, seja qual for o seu motivo, como um "meio-causa" de modificações do modelo de raciocínio consciente sobre o mundo em que vive. Modelo esse mediado pela realidade social da qual faz parte. O autor tenta discutir isso no contexto de sociedades onde se pratica a tanatologia, que é a morte por sugestão, geralmente influenciada por fatores religiosos e morais em sociedades tradicionais. Mauss (2003) cita casos entre os maori e aborígenes australianos. Porém, sua análise parece ser bastante útil para o caso dos pacientes de câncer vinculados ao projeto Viva a Vida. Nesse caso, parece haver

uma disposição construída no indivíduo acometido pela doença de que está em estado próximo da morte, favorecendo um determinado tipo de comportamento perante a esse fato. Há uma ruptura de um modelo de comunhão anterior entre os que compõem a rede de relações anteriores, transformando-a em outro modelo. As modificações não parecem possuir nenhuma relação com sua vontade individual, o que pode ser entendido como uma fatalidade que pode levar à predisposição para aceitação ou não do falecimento. O modelo de comunhão é tenso e, ao menor pretexto, pode desencadear excitações de forças antes não agenciadas que podem oscilar entre fúria e desespero, assim como garra e vontade de superação.

Dentre os aborígenes australianos Mauss (2003) cita casos em que o nativo, ao saber que foi acometido por ato de feitiçaria, simplesmente morre. Há casos também em que o indivíduo morre em um tempo determinado. Em ambos os casos, a contra-feitiçaria é fundamental para a cura. Há também relatos de consumo proibido de caça que levam a morte o seu consumidor, mais uma vez nos revelando a força da sugestão. Logicamente que esses fatos têm uma forte influência religiosa que parecem ser distintas de nossa concepção de como acontece a relação entre doença e cura. No nosso caso parece que essa relação não se apresenta como componente de práticas mágicas como nos casos citados. Porém, nas práticas acionadas para se tentar curar, há uma mistura entre componentes religiosos, dependendo do indivíduo doente, com um saber que atribui à doença um caráter meramente biológico.

Viveiros de Castro (2009), em conferência para o programa televisivo "café filosófico", lembra que na tradição cristã, a explicação para a morte está no pecado original, ou seja, o homem morre porque pecou. Para os índios brasileiros a morte também está relacionada com um mito de origem. A história varia muito, mas, para os índios, a morte tem relação com um equívoco, não com um pecado. Segundo eles, antes os seres humanos eram como os animais, trocavam de pele ou eram "recicláveis", mas ao passar em frente a um ser mítico que representa o morto, um homem é informado que não deve atender a um chamado dele. O problema é que passam três seres, sendo um deles o morto. Sem querer ele responde e os homens passam a morrer. Os índios brasileiros consideram que originalmente "deveriam ser mais espertos" e não foram. Nesse caso, eles consolidaram um medo do morto e não da morte. Na nossa sociedade a morte tem que ser privada, invisível, cancelada e escondida, ao mesmo tempo em que o morto deve ser cultuado, preservando sua humanidade, conferindo identidade aos vivos.

Dentre os índios, o antropólogo informa que o morto se torna algo não humano com a morte, por isso os mortos são inimigos por serem "desertores" da humanidade. São seres rancorosos por não serem mais humanos e atraem os vivos para o seu lado.

Dentre os indígenas, segundo Viveiros de Castro (2009), a condição de humanidade, o que equivale à ideia de alma, não é exclusiva do homem. A alma faz parte de todos os seres. A forma humana dos animais é opaca e só se revelam como humanos para os especialistas (pajés ou xamãs). Dentre os ocidentais os humanos são diferentes dos animais. Por isso, dentre os indígenas, a diferença entre animalidade e humanidade é menos importante do que entre um vivo e um morto do sentido do contraste e da oposição. Nesse caso, impedem que o morto traga desigualdades sociais. Como o morto é colaborador da consolidação de uma identidade coletiva dentre os ocidentais, as diferenças e hierarquias sociais acabam aparecendo. Dentre os indígenas, a desigualdade é anulada através do exílio do morto. No nosso caso, o que tentamos anular é a morte e não o morto. O que temos em comum com os animais é nossa condição animal. Para os indígenas, é a humanidade o fundo comum, já que os animais foram ex-humanos.

Isso tudo tem fortes implicações na construção social da morte em ambas as sociedades. Para ambos, a morte é um acontecimento corporal, portanto é um "quase acontecimento" como define Viveiros de Castro (2009), justamente porque quem morre é o outro, não aquele que narra. Não é possível testemunhar a própria morte, mesmo entendendo que existe uma alma que se preserva. Nesse caso, a morte é o único acontecimento que interessa e que temos certeza. Se todos fossem imortais, o antropólogo especula que não haveria acontecimento, portanto, não haveria interesse pela vida. A morte na primeira pessoa só acontece quando "quase acontece". O quase ser é um modo de ser no contexto do quase acontecimento.

Logicamente que falar que superou a morte ressalta particularidades de heroísmo e lhe permite falar dela, mas, no caso dos pacientes terminais de câncer atendidos pelo projeto Viva a Vida, se entende socialmente, que, pela sua condição de estar de frente com a morte, não tendo superado ainda essa condição, não se deve falar com ela ou sobre ela, aproximando a condição de doente ao de um indígena que encontra de forma solitária a morte em seu caminho no meio da mata. No mundo indígena, segundo Viveiros de Castro (2009), o pior encontro possível e o que gera mais medo a eles é o momento de solidão quando se vê um espírito sobrenatural. Para eles, estar sozinho é

estar desprotegido. A solidão é uma doença que coloca a pessoa em perigo. O parentesco é o antídoto contra o morto que se encontra sem parentes por causa de sua condição de ter passado para o "outro lado", contra a humanidade. Na solidão, o indígena está frágil e a mercê de algo que lhe é superior.

No cotidiano da pesquisa com o Grupo de Voluntários Viva a Vida, percebeu-se que as pessoas envolvidas mostram medo da morte e não do morto. Porém, a morte ganha uma aura mais objetiva. O medo da doença que pode levar à morte equivale ao medo do morto nas sociedades indígenas. Entende-se que o doente se encontra desprotegido. Enquanto a morte se apresenta na nossa frente, não devemos falar com ela. É acionada a técnica do esquecimento ativo e consciente, ritualizado pelos diferentes profissionais, parentes e amigos envolvidos no acontecimento em processo quando se está próximo ao doente. Todos os esforços são no sentido de tentar esquecer a morte agenciando equipamentos e pessoas, com regras definidas mediadas por aqueles que ocupam um posto mais alto na hierarquia do saber médico. Nem sequer o nome "morte" pode ser lembrado.

Isso tudo nos faz lembrar que não é possível ver o paciente terminal de câncer somente como um corpo biológico enfermo. François Laplantine (2010) chama atenção da necessidade de relacionar uma antropologia médica e da religião para o mesmo fenômeno que se fundamenta na pergunta: por que da doença? Aliás, retomando uma noção de Mauss, Laplantine (2010) lembra que a doença deve ser vista como "fenômeno social total", explorando os aspectos já citados da antropologia médica e religiosa, mas também sua dimensão política, econômica e outras mais que possam ser necessárias para compreender melhor as relações envolvidas. Na medicina também há ritos de proteção, peregrinações em busca de "santos curandeiros", fórmulas mágicas não difundidas entre os "leigos". A busca pelo "melhor médico" ilustra isso. Se a formação do profissional é pautada na objetividade, não haveria necessidade de se ter essa busca, pois todos teriam as condições necessárias de curar. Há uma subjetivação da formação objetiva e uma objetivação da formação subjetiva no curso de criação de médicos. Os médicos também possuem seus segredos com "fórmulas mágicas" miraculosas que não são totalmente explicitadas ou publicizadas. Rituais de proteção do paciente são todo tempo acionadas, com temporalidades e espacialidades definidas, envolvendo outras pessoas, sejam elas os parentes e amigos, ou outros profissionais, inclusive aqueles relativos à religiosidade.

Ao mesmo tempo, o médico, e a experiência com aqueles que atendem os pacientes de câncer na Santa Casa mostra isso, parece estar desvinculado das atividades religiosas ganhando autonomia, com prática específica e especializada. Ao reivindicar autonomia, essas práticas escondem o lado residual da atividade religiosa ancorando suas amarras na objetividade científica, arrancando ela, não só da religião, mas também da filosofia e das ciências humanas. Logicamente que essa objetividade é um desejo, já que na prática é difícil se ver nos hospitais e no próprio Grupo de Voluntários, um despojar-se de reflexões e rituais cristãos. No próprio hospital existe um altar cristão a disposição dos pacientes, amigos e parentes. Essa mistura é resultante de uma tormenta que justifica um fluxo de algo que se quer ser ou um desejo de autonomia por parte do saber médico. É uma tensão de ideias que tendem a produzir versões que não são consensuais no conteúdo, apontando muito mais para um “querer ser” do que para um “ser”, apesar de intencionar tratar do “ser”. Gilles Deleuze (1997) entende o conceito de desejo como agenciamento de um conjunto de elementos que constituem o contexto do objeto supostamente referente. Não se deseja uma autonomia absoluta na distinção entre saber médico e religião, mas uma série de elementos que formam um conjunto relativo ao lugar, a posição, ao interesse e a imagem que estão “ao redor” do “ser” desejado e o reforçam.

Nesse desejo há uma desmistificação do mal relacionada à doença, a não ser que seja um mal no sentido estritamente biológico. Por isso que foi necessário a ciência moderna consolidar uma clivagem que distingue ciências da natureza e ciências da sociedade. A mistura entre essas duas dimensões do saber não favoreciam uma autonomia do campo médico. Também não favorecem a consolidação de conceitos que falam de verdadeiras doenças contra doenças imaginárias. O problema dessa concepção é que esconde os condicionantes sociais, culturais, religiosos, políticos e econômicos de sua gestão na prática.

Na verdade, percebe-se que o tratar ou admitir a realidade da morte no contexto da pesquisa com o Grupo Viva a Vida, é algo que exige certo exercício hermenêutico diante dos fatos que se desenrolam nesse contexto. De acordo com Menezes (2004), ao longo dos séculos, como já dito, a morte passou a ser cada vez mais isolada socialmente. Sobretudo no século XX quando a medicina com seus progressos técnicos tornou-se responsável pela diminuição das taxas de mortalidade, inclusive a infantil, e com seus recursos clínicos tratou de proporcionar o prolongamento da vida. Através de seus

mecanismos de alívio e prevenção no controle social da saúde e da doença, a medicina passa a desempenhar uma importante contribuição em se tratando de afastar a morte das consciências individuais. Vale a pena explorar essa questão, não só do ponto de vista da manipulação técnica da vida, mas também do corpo.

CORPO, SAÚDE E MORTE

A experiência de pesquisa mostra que o saber médico, ao lidar com a situação de pacientes terminais, em oposição à certeza da implacabilidade dos processos naturais, está a convicção, que na verdade é um desejo já que não se realizou de forma plena e absoluta, que estes podem ser controlados. Pode-se até mesmo aliviar a dor cortante que determinadas doenças provocam, bem como pensar num prolongamento da vida, por meio de aparelhos, tubos, e outros mecanismos, só atestando de fato sua consumação quando o cérebro não está mais enviando seus comandos. De acordo com Menezes (2004), a vida no século XX tornou-se mais ou menos previsível pelo controle que visa antecipar a sua expressão, controlando-se também sentimentos com relação a ela.

O século XX foi palco da ascensão de uma medicina tecnológica e institucionalizada, sendo mesmo capaz de criar em seu aparato novas formas de lidar com a morte e o morrer. Mas nesse modelo de vida "moderna" o moribundo não participa mais das decisões que envolvem sua condição enquanto estar próximo da morte. A expressão de seus sentimentos não são ouvidos ou selecionados de acordo com o que se considera conveniente expressar nessa situação, justamente porque se entende socialmente que está em uma condição vulnerável.

Logicamente que essa percepção e prática perante a morte, vieram de processos gestados antes do século XX. Passam por uma construção histórica do que significa o "corpo enfermo". Já no século XIX, havia em segmentos da sociedade europeia certa rejeição com relação ao corpo doente. Ele engendrava medo e fascinação ao mesmo tempo. Em muitos casos era confundido com o "corpo monstruoso" e, em determinadas situações, era objeto de zombaria. Já nessa época o enfermo equivalia à impotência. Nesse tempo a doença tinha uma acepção mais ampla e compreendia inclusive a pobreza, criando uma confusão até hoje mal resolvida para algumas situações como a loucura, confundindo patologia, questão social e conduta individual.

Acompanhando as modificações na concepção e na prática para com o corpo enfermo Henri-Jacques Stiker (2008) chama atenção que já no final do século XVIII existia um entendimento na Europa, particularmente em Paris, de que os enfermos devem ser educados, desde que sejam usados meios adequados. Nesse momento percebe-se que o corpo pode ser “endireitado” quando socialmente considerado inadequado. O autor chama atenção que apesar disso, poucas instituições foram criadas para esse fim. As ideias de piedade e feiura continuaram orientando a conduta das pessoas diante do corpo doente. As pessoas enfermas eram atendidas por caridade, já se misturando a uma determinada necessidade científica de entender a doença.

Paralelo a isso, Michel Foucault (2001) lembra que no século XVIII existia uma noso-política que começa a pensar a doença como problema coletivo. A estratégia era disciplinar os corpos, principalmente aqueles oriundos de uma condição de miséria, através de entidades filantrópicas e fundações de caridade. Eram organizações que se propunham também a outros fins como distribuição de alimentos, proselitismo moral e até de jurisdição sobre “vagabundos” ou “perturbadores”.

O movimento seguinte no século XIX seria o de atendimento aos enfermos físicos através de clínicas ortopédicas que não atendia aos pobres. Foi um movimento lento e durante essas transformações, as pessoas acabam criando modelos de classificação que repercutem até o momento contemporâneo caracterizando as pessoas e as qualificando. Palavras como idiotas, cretinos, imbecis e retardados, misturavam comportamentos sociais e patologias, não diferenciando surdos-mudos, cegos e deficientes mentais, que só foram classificados de forma diferentes muito depois. Era entendido como monstro, modelo que ainda está presente nos modelos de classificação em nosso cotidiano, aqueles que possuíam características excessivas, raridade, inabitualidade na conduta e na aparência, caráter excepcional, além do curso de uma suposta natureza, cuja conformação perturba. A palavra monstro, portanto, acaba ganhando uma ambiguidade, pois aqueles que eram excepcionais ou grandes “gênios” também são classificados pelo mesmo termo (Stiker, 2008).

Transformações na formulação conceitual da monstruosidade acabam levando a uma racionalização na sua definição, dissociando a providência divina que a relaciona a um acidente proporcionado naturalmente, da ideia de anomalia que pode ser controlada usando-se o método científico. Inicia-se a separação do corpo monstruoso da

enfermidade em geral, promovendo-se um esforço no sentido de uma reeducação das anomalias.

Stiker (2008) chama atenção que, acompanhando uma pedagogia das anomalias do século XIX começa-se a pensar a assistência ao enfermo como uma política de estado. É o momento do crescimento dos acidentes na indústria. Nesse aspecto, houve mudanças na forma de perceber a enfermidade. A beneficência perde sua hegemonia no contexto da assistência, perdendo espaço para a perspectiva securitária e solidária, onde a responsabilidade deixa de ser ligada a uma falta individual e moral que ocasiona a enfermidade, para uma responsabilidade coletiva e social. A assistência deixa de ser esmola que pede gratidão aos seus promotores, para ser direito social. Há uma inclusão da ideia de repartição de riscos por parte de todos que devem prevenir, solidarizar-se e compensar perdas daqueles que sofrem problemas de enfermidade.

A assistência passa a ser entendida como direito ainda no século XIX na Europa, porém orientada por definições estatísticas e probabilísticas. Essa orientação é sustentada por uma média do que é considerado "normal" no corpo, dentro de uma margem de erro aceitável, pensando em uma equalização de oportunidades dentre aqueles que passam a ser assistidos. A normalidade é sempre a meta a ser alcançada. Até os dias atuais, esse entendimento é corrente.

O corpo enfermo, nessa concepção de assistência relacionada ao saber médico, não é mais entendido como resultante de uma fatalidade predestinada ou desvio da vida, mas sim um corpo deteriorado pelos mecanismos sociais, pelos quais todos os integrantes da sociedade são responsáveis e por mecanismos naturais.

Porém, há especificidades nas práticas do saber médico diante da eminência da morte que passam por uma des-subjetivação do enfermo. Ele não é mais sujeito de seu corpo. O médico passa a ser o agente de decisão sobre o que fazer. No máximo o médico consulta a família já usando de seu saber e posição de autoridade para fundamentar seus argumentos. O corpo moribundo é um objeto que se deve manipular para a aplicação de ajustes necessários sustentados pelo saber do médico.

Reconhece-se aqui que há variantes nas reflexões que existem sobre o tratamento da doença e da cura. Inclusive saberes médicos que envolvem uma reflexão sobre a subjetividade do paciente e a reação que o profissional deve ter diante dela na sua condição de afetada pela enfermidade. Entretanto, o conflito está posto e o consenso

não é visível. Inclusive, o próprio tratamento filantrópico do corpo enfermo não foi totalmente abandonado. O Grupo de Voluntários de Sobral Viva a Vida é um exemplo do que se fala, apesar de estar totalmente submetido ao saber médico implementado por aqueles que compõem o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: AMARRANDO ARGUMENTOS

Admitir o fim no contexto de pesquisa escolhido, mesmo se admitindo que a morte só se apresente corporeamente, parece algo insuportável tanto para quem está na condição moribundo, como para aqueles que o acompanham. Muitas vezes o doente é quase enclausurado. A ideia que se tem no isolamento do enfermo é que existe uma intenção de preservá-lo, ou de que as pessoas se poupem do choque ao vê-los sendo consumido a cada dia. E isto talvez possa levar a uma atitude de reflexão por parte de todos aqueles que estão vivos, e, por essa reflexão serem levados a uma condição de mudança nas suas atitudes diárias, o que configuraria uma realidade a cerca do que Rodrigues (2006) menciona quando enfoca a questão de uma sociedade se estruturar também quando leva em consideração a possibilidade e a probabilidade da finitude do corpo vivo. Nesse ínterim, a palavra de ordem é reconfigurar as práticas, rever os valores, e tentar ser, da melhor forma possível, pessoas fortes e fundamentadas nas estruturas de coesão social. O problema é sempre o método.

Ainda com ênfase nessa fuga dos trâmites da morte, Norbert Elias (2001) direciona seu enfoque no que concerne aos indivíduos estarem sempre querendo ocultar todos os fragmentos que possam ter relação com a morte. Os cemitérios são considerados como “parques” onde os mortos repousam. Suas características lembram um jardim, com flores, cujas lápides contêm apenas os nomes dos ocupantes daquele lugar, ao passo que o próprio autor considera a hipótese de que alguns jardineiros de cemitério entendem que lá teria de ser “uma ilha silenciosa, verde e em flor em meio ao ruído frenético da vida cotidiana”. Mas essa ideia é, segundo Elias (2001), impossível de ser consolidada, afinal, a tendência à solenidade e o respeito quase exagerado que os vivos têm em querer deixar os mortos descansarem em paz, travam com tamanha audácia, que tudo isso, na concepção do autor, se traduz em mais uma postura dos vivos em querer se distanciar ainda mais das coisas que tocam o sentimento da morte.

Tal reflexão cabe aqui para que se possa entender como falar de morte no contexto do Grupo de Voluntários Viva a Vida pode ser constrangedor, afinal, supõe-se que quando uma pessoa recebe o diagnóstico de câncer, aceita se submeter ao tratamento longo e doloroso querendo driblar a morte. Mesmo no convívio com os demais enfermos, e de vez enquanto sabendo da notícia do falecimento de alguns destes, alguns ainda resistem acreditando ser possível ficar curados.

A própria orientação de não ficar falando sobre as mortes ocorridas em consequência do câncer, denota esse tabu para com o tema, bem como a expectativa dos pacientes que esperam ansiosos a alta de seu tratamento, numa atitude de terem a certeza de que não será mais necessário todo o sofrimento pelo qual passaram. Como ainda é um quase acontecimento em processo, não parece ser conveniente se falar da morte. Só quando for realmente um quase acontecimento para o corpo antes enfermo, é que deve ser lembrada.

Na fala de alguns, percebe-se o quanto desejam a cura, da mesma forma seus familiares que os acompanham. Havia uma paciente (criança) da cidade cearense de Nova Russas que fazia tratamento contra leucemia, já fazia algum tempo. Sua alta estava prevista para novembro de 2009. No dia dezesseis de setembro desse mesmo ano o pesquisador Vicente de Paulo Sousa visitou a Casa de Apoio do Grupo Voluntário no turno da noite, encontrou a paciente e sua avó. A primeira estava um pouco debilitada por conta de um exame que havia feito naquele dia, pois se queixava de fortes dores de cabeça. A avó supunha que fosse problemas de vista, só que no dia seguinte o resultado do exame feito detectou um problema grave no cérebro da paciente. A avó da criança ficou em estado de choque, segundo Toinha, funcionária da Santa Casa cedida para os serviços da copa. Segundo ela, dona Mafisa (avó) precisou ser acompanhada por um psicólogo, pois diante do ocorrido, sua neta não mais ficaria em Sobral, fora encaminhada à Fortaleza para continuar o tratamento.

Nesse relato, pode-se perceber o quanto o medo da morte é estarrecedor, o que corrobora de certa forma com o que fora teorizado pelos autores citados. Como já dito, há uma reconfiguração das relações sociais com seus pares. Uma das repercussões possíveis dessa mudança é o abandono dos pacientes à própria sorte, traduzindo-se aí no reconhecimento da proximidade da finitude ou da morte. Seus parentes e amigos parecem não suportar a proximidade da morte por entenderem que o quase acontecimento é perigoso demais para ser suportado. Bani-lo de sua convivência seria

talvez menos doloroso, pois seriam conservadas em sua memória apenas imagens de uma pessoa viva e feliz, como uma forma de consolar suas angústias. O morto eles ainda podem suportar, mas a morte não.

Para o Grupo Voluntário o objetivo é o mesmo: fugir e negar a morte. Porém, o método é diferente. O enfermo não necessariamente deve representar a morte. Brigar contra ela com o doente serve para os integrantes do grupo superarem o próprio medo da morte, negando sua existência ou ajudando para que ela fique mais distante. A fuga segue outro caminho que se revela pela negação, para que depois se possa falar do quase acontecido com propriedade de herói da resistência, reforçando uma condição de prestígio social por ter enfrentado aquilo que parece ser mais perigoso: a morte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A MORTE COMO RITUAL (A MORTE COMO QUASE ACONTECIMENTO) – EDUARDO VIVEIROS DE CASTRO. Café Filosófico. Rio de Janeiro: CPFLCULTURA, 16 de outubro de 2009. Disponível no site <http://www.cpflcultura.com.br/site/2009/10/16/integra-a-morte-como-quase-acontecimento-eduardo-viveiros-de-castro/>.
- DELEUZE, Gilles; 1997, *Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia*, vol.4. São Paulo: ed. 34.
- ELIAS, Norbert; 2001, *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- FOUCAULT, Michel; 1996, *Microfísica do poder*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- LAPLANTINE, François; 2010, *Antropologia da doença*. São Paulo : Martins Fontes.
- MAUSS, Marcel; 2003, *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naify.
- MENEZES, Rachel Aisengart; 2004, *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond; FIOCRUZ.
- PELLEGRIN, Nicole; 2008, Corpo do comum, usos comuns do corpo. In.: CORBIN, Alan; COURTINE, Jean-Jacques & VIGARELLO, Georges (direção). *História do corpo: da renascença às luzes*. 2ed., Petrópolis: Vozes, pg.131-216.
- RODRIGUES, José Carlos; 2006, *Tabu da morte*. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- STIKER, Henri-Jacques; 2008, Nova percepção do corpo enfermo. In.: CORBIN, Alan; COURTINE, Jean-Jacques & VIGARELLO, Georges (direção). *História do corpo: da revolução à grande guerra*. 2ed., Petrópolis: Vozes pg.347-374.
- WEBER, Max; 1999, A ciência como vocação. in.: *Ciência e Política: duas vocações*. 11ed., São Paulo, Cultrix.