A negação da morte e suas implicações na instituição hospitalar*

WANDA GURGEL GUEDES**
WILMA DA COSTA TORRES**

1. Introdução; 2. Implicações da negação da morte; 3. Níveis da negação da morte; 4. Conclusões.

O presente artigo focaliza algumas das implicações da negação da morte na instituição hospitalar e analisa as falácias que, neste contexto, afetam a instituição, o médico e o paciente.

1. Introdução

A morte é um significativo aspecto da vida e a experiência da morte pode ajudar a enriquecer o significado da existência. Esta afirmação soa como falsa porque, a rigor, é muito difícil e doloroso para a pessoa humana enfrentar a morte, compreendê-la e aceitá-la como parte integrante da vida. Na verdade, a morte, apesar de sua inevitabilidade e irreversibilidade, está intimamente ligada à negação, negação esta que, por ser a morte não apenas o mais significativo e singular de todos os eventos individuais, mas também um evento social e cultural, deve ser analisada sempre a partir de duas perspectivas — a cultural e a individual.

Do ponto de vista individual, a negação da morte é inerente ao homem, uma vez que, como ressalta Torres, toda a sua natureza — biológica, metafísica e psicológica — protesta contra a morte.

Assim, a crença ou sentimentos experimentados pelo homem a respeito da morte como um evento deplorável, desnecessário e prematuro podem apenas ser aumentados ou diminuídos pelo sistema cultural. E, do ponto de vista histórico-cultural, podemos dizer que a moderna sociedade ocidental caracteriza-se por uma obsessiva repressão da morte que, em grande parte, pode ser atribuída, como

* Artigo baseado em conferência realizada por uma das autoras no Centro de Estudos do Instituto Nacional do Câncer. (Apresentado à Redação em 20.7.83.)
** Psicólogas do ISOP. (Endereço das autoras: Rua da Candelária, 6 — 2.º andar — Rio de Janeiro, RJ.)

afirma Ziegler, ao advento do sistema capitalista, no qual o homem vivo pode quase tudo, morto nada mais é, pois não pode produzir nem consumir. Conseqüentemente, "esta sociedade não sabe o que fazer com os mortos e um intenso e íntimo terror preside as relações que entretêm com esses "estranhos", corpos que deixaram de consumir, que não respondem a nenhum apelo e resistem a todas as seduções" (Ziegler, 1977, p. 142). Compreende-se, assim, por que nesta sociedade, onde o homem é valorizado como produtor de mercadoria ou mesmo como a própria mercadoria, a interdição e o silêncio censuram todo o debate sobre o tema tanático.

Portanto, se a atitude de negação frente à morte é até certo ponto justificável, suas implicações podem ser graves quando há um reforço desta negação — quer por parte da cultura, quer por parte do indivíduo — e a mais grave de todas estas implicações é a aceitação de falácias como verdades, falácias que não passam de justificativas, para não se envolver com o problema da morte. Isto pode ser visto de maneira muito nítida principalmente na instituição hospitalar, onde a aceitação destas falácias não só prejudica o desenvolvimento da pessoa humana, mas também restringe e empobrece a atuação dos profissionais da área da saúde.

2. Implicações da negação da morte

Neste artigo serão analisadas algumas das implicações da negação da morte na instituição hospitalar e as falácias dela decorrentes, as quais afetam a própria instituição, o médico e o paciente.

Em relação à própria instituição, a primeira implicação e, portanto, a primeira falácia consiste na concepção atual do hospital como uma instituição comprometida exclusivamente com o processo de cura. No passado, como chama a atenção Kübler-Ross (1977), o hospital tinha uma conotação mais ampla; era uma instituição que recolhia as pessoas que iam ou para curar-se ou para morrer. Entretanto, a partir do momento que a ciência e a tecnologia da medicina e das outras profissões a ela ligadas experimentaram um dramático crescimento e desenvolvimento, a instituição hospitalar se transformou em uma instituição entregue aos processos de cura, tratamento e recuperação, que responde admiravelmente ao desafio da saúde, tornando possível a divisão do trabalho, transformando as emergências em rotina. Mas ao fazer isso pagou um preço, reduzindo em nome da eficiência técnica as condições de dignidade e de individualidade que são parte da exigência humana, tanto dos que estão sadios como dos que estão doentes e daqueles que estão morrendo. Desta forma, o paciente cujo mal não pode ser curado, o ser humano que está à morte é inexoravelmente tido como um fracasso da instituição e do profissional. O contexto organizacional do morrer em um hospital é uma resposta a um fato identificado pela nossa cultura como fracasso.

A morte em uma enfermaria de obstetrícia, por exemplo, onde normalmente não acontecem mortes, exemplifica bem este fato. Mauksch (1975) cita o caso de uma parturiente que morreu após súbita complicação. Toda a equipe hospitalar devido ao medo não mencionado de um fracasso, de um possível engano, de um possível erro ficou terrivelmente transtornada. Duas das enfermeiras romperam em pranto, o que tornou o médico ainda mais perturbado e irritado, já que não se espera que os profissionais de um hospital chorem. A morte

imprevista não só transtornou a todos, originando uma atmosfera de culpa e fracasso como concorreu para criar um conflito entre os membros da equipe encarregada dos cuidados com aquela paciente.

Outra forma de negação na instituição hospitalar reside no endeusamento tecnológico que leva a uma maior concentração na máquina, no órgão doente e não no paciente como pessoa. Deslocamos, como diz Kübler-Ross, toda a nossa atenção para as máquinas por serem estas mais distantes de nós do que a face de um outro ser humano que lembra as nossas próprias limitações e a nossa própria morte.

O contexto hospitalar onde o tecnicismo é levado ao máximo é o Centro de Tratamento Intensivo (CTI), que isola o paciente e o coloca em uma situação fria, impessoal, completamente mecanizada e desumanizada. Atrás deste avanço tecnológico — que permite prolongar exaustivamente e mesmo, muitas vezes, indevidamente a vida — esconde-se uma outra falácia, a de considerar como verdadeira a afirmação de que mesmo quando a morte é inevitável ninguém deseja morrer. Sobrevivência significante entretanto, como chama a atenção Weisman (1972), em sua abordagem psiquiátrica da terminalidade, não significa apenas não morrer. É sobretudo uma qualidade de vida que implica comportamento competente — capacidade de resolver problemas diários e, até certo ponto, tarefas rotineiras — e em conduta responsável — capacidade de cumprir as diretivas ditadas pelo ego ideal. Weisman e Racket encontraram um pequeno número de pacientes que olhavam a morte com aceitação e serenidade e mesmo com certa impaciência; partilhavam a idéia de que a morte oferecia uma promessa de solução e alívio que a vida não mais oferecia. Na realidade, não tinham mais por que viver e a sobrevivência era encarada como desagradável e sem sentido. Segundo esses autores, muitos pacientes, talvez mais do que se imagina, captam os sinais da morte inevitável e respondem a esta mensagem com uma noção de objetivo, de propósito, cessando seus esforços para prolongar a vida e concordando com a extinção.

Não ignoramos as responsabilidades, as enormes dificuldades e os problemas éticos envolvidos na decisão médica da supressão de um tratamento, pois nesta decisão está implícita toda a problemática questão da eutanásia. Entretanto, embora reconhecendo que a profissão do médico hospitalar encarregado de doentes graves é uma trágica profissão, é imperioso chamar atenção para o fato de que o prolongamento da vida a qualquer preço é muitas vezes desprovido de significado.

Com relação à instituição hospitalar surge ainda como sintoma de negação da morte o fato de ser ela uma instituição despersonalizante, o que leva Melvin Grant a afirmar que "na maioria dos casos ultrapassar o limiar fatídico de um hospital corresponde a perder sua própria identidade ou modificá-la" (Ziegler, 1977, p. 203). Também Erving Goffman (1974) fala do "processo de despojamento" característico do serviço militar, do hospital de doenças mentais, mas que também se aplica aos pacientes de um hospital geral. Este processo de despojamento se revela em uma multiplicidade de comportamentos exigidos do paciente ao longo de toda hospitalização. Começa pelos rituais de admissão na portaria do hospital, onde esperar é a ordem, podendo este ritual de espera refletir uma conspiração para obrigar o paciente a esperar, talvez porque esperar seja a expressão de poder da instituição sobre o paciente, e, onde o ritual de preenchimento de formulários contribui para aumentar o clima de capitulação pessoal. Prossegue no despojamento das roupas e na perda do nome, na medida em que

a pessoa passa a ser designada pelas enfermeiras como "o paciente do quarto tal", e pelos médicos como "o paciente do quarto tal ou o enfartado do quarto tal" etc.

Evidentemente estes comentários não implicam crítica aos procedimentos em si mesmos, mas sugerem, como afirma Mauksch (1975, p. 45), que estes, "embora necessários, têm produtos psicológicos secundários e tendem a implicar um mundo de significados que devemos levar em conta para reconhecer o que acontece com os seres humanos que se tornam pacientes". Assim, por exemplo, se a afirmação de que a doença provoca um comportamento regressivo é em parte verdadeira, é preciso considerar que o comportamento de dependência que o paciente manifesta é também uma resposta realista ao contexto institucional no qual é colocado e pelo qual todos os profissionais da área da saúde são co-responsáveis.

Manipulando o despojamento da identidade pessoal a instituição hospitalar exerce o seu poder sobre o paciente designando-lhe uma outra identidade que vai se caracterizar por ser vulnerável, submissa e dependente. Anula assim a possibilidade de questionamento por parte do paciente que percebe que para ser aceito e "bem-visto" deve calar-se. A instituição passa então a acreditar em uma outra falácia, a de que o paciente, sobretudo o terminal, não deseja saber o que o futuro lhe aguarda, pois se assim fosse faria mais perguntas, esquecendo-se de que o fato de alguém não fazer perguntas não significa que não tenha perguntas para fazer. O paciente pode simplesmente não ter oportunidade de fazê-las ou ter medo de fazê-las porque elas afastariam as pessoas das quais ele depende. Weisman (1972) relata o fato de uma mulher de 48 anos que apesar de um grande tumor abdominal que interferia em sua vida diária pouco se queixava. Ela concordou com o programa de tratamento, fez poucas perguntas e não mostrou aparente interesse na causa do aumento de seu ventre. Quando a hospitalização se tornou necessária, sua atitude era tão inconsistente com os fatos clínicos que a avaliação psiquiátrica parecia imprescindível. Embora seu médico adiasse o mais possível a solicitação, temendo que a paciente ficasse muito preocupada, finalmente permitiu que um assistente social entrevistasse a paciente. Para surpresa da equipe, esta respondeu dramaticamente, expondo seus sentimentos acerca de ter uma doença incurável. Conversações posteriores revelaram que procurava calar sua preocupação porque seu médico e aqueles que a rodeavam, sobretudo seu marido, esperavam dela a negação, o que correspondia à própria relutância deles para aceitar o fato.

Embora a negação da morte seja um mecanismo de toda a equipe de saúde, neste artigo se focalizará apenas a negação por parte do médico, por ser este na instituição hospitalar o profissional mais atuante e mais diretamente envolvido, ou como diz Ziegler (1977), "o senhor da vida e da morte".

Em relação ao médico, a exacerbação da negação é fomentada sobretudo pelo tipo de formação acadêmica que lhe é proporcionado. Esta formação acadêmica caracteriza-se, como chama a atenção Maslow, pela dessacralização como defesa contra a invasão das emoções, especialmente do medo. Para ilustrar esta sua afirmação, Maslow cita um exemplo extraído de suas recordações como acadêmico do curso de medicina: "A única operação a que assisti foi bem um exemplo representativo do esforço de dessacralização para remover a emoção do medo. O seio de uma mulher ia ser amputado com um bisturi elétrico. Enquanto um cheiro de carne assada enchia o ar, o cirurgião desatento à angústia dos alunos novatos fazia observações casuais e frias a respeito da incisão. Depois,

jogou o seio extirpado em um recipiente, transformando assim uma parte sagrada em uma massa de adiposidade descartável. Tudo fora manipulado de maneira puramente técnica, sem emoção, tranqüilamente, e até mesmo com um leve colorido de bravata" (Maslow, 1966, p. 139).

Subjacente a esta forma de negação — a dessacralização — encontra-se a falácia de que as emoções interferem na objetividade e na audácia do médico, de que a emoção possa ser uma inimiga da verdade e da subjetividade. Algumas vezes ela o é, outras vezes não.

Ainda no que se refere à formação acadêmica do médico observa-se a ênfase do ensino nos avanços tecnológicos e científicos e a pouca ênfase dada à importância do inter-relacionamento humano e do contato interpessoal. Por trás desta ênfase dada aos conhecimentos científicos e à técnica — obviamente necessários — está a negação, uma vez que é mais fácil lidar com máquinas do que com pacientes; é mais fácil lidar com a morte de forma abstrata do que se defrontar com ela "ao vivo".

Ao se referir à pouca ênfase dada às relações interpessoais, Weisman (1972) afirma que nos EUA mesmo a formação psiquiátrica está organizada de tal forma que quanto maior é a experiência do psiquiatra menor é o seu contato com os pacientes das enfermarias médicas e cirúrgicas; passa a ocupar cargo de supervisor ou professor, o que minimiza a participação direta com o paciente. Desta forma, a combinação de jovens psiquiatras e da tradição médica, que tacitamente exclui fatores emocionais e sociais, cria uma situação em que os psiquiatras têm pouca experiência e conseqüentemente pouco a oferecer na manipulação de pacientes criticamente doentes. Weisman afirma ainda que mesmo nos grandes hospitais de ensino poucos psiquiatras participam ativamente do diagnóstico e tratamento destes pacientes. Apesar dos esforços para introduzir os princípios da medicina psicológica nos cuidados com o paciente, os fatores psicossociais da doença são raramente levados em conta e raramente relatados nos registros de casos. Os dados de laboratório e o histórico médico são meticulosamente documentados, mas há pouca informação sobre o estilo de vida do paciente, sua personalidade e as circunstâncias sócio-psicológicas. No dia-a-dia da prática médica, as informações psicológicas são abandonadas como se fossem de menor importância.

Por trás desta negação, que determina a ênfase no conhecimento técnico e nas máquinas e relega a importância do relacionamento interpessoal, encontra-se a falácia de que os aspectos médicos não-técnicos não são importantes para a cura. Os médicos que comunicam o diagnóstico ao paciente utilizando-se apenas de termos técnicos e científicos como se estivessem dando uma aula, espantam-se de que suas cuidadosas informações não sejam compreendidas pelo paciente. Não percebem que não se trata de incapacidade por parte do paciente, mas que, se isto acontece, é porque a preocupação central deles não é com o fato científico de ter uma doença, e sim se seus médicos cuidarão deles. Se o paciente pergunta "o que tenho"? esta pergunta geralmente significa "posso contar com o senhor?"

Em suma, é preciso compreender que avanço técnico, recursos tecnológicos, complexidades organizacionais e capacidade científica de cura não são incompatíveis com os comportamentos requeridos para cuidar do paciente como indivíduo. Ao contrário, a tecnologia do cuidado e da cura liberta o profissional para que ele possa se utilizar a si próprio como instrumento de ajuda. Portanto, a formação médica não deve buscar o desenvolvimento de profissionais apenas

competentes, mas de profissionais que se percebem como capazes de lidar com seus procedimentos de maneira humana. Portanto, a ênfase na relação médico-paciente deveria ser tema central de preocupação na formação médica.

Outra implicação da negação da morte consiste na onipotência médica, uma atitude contrafóbica para negar o medo. Rothenberg encontrou em sua pesquisa que ao lidarem com pacientes cancerosos os médicos tendem a reforçar a negação, encorajar o isolamento, desencorajar o luto, subestimar a capacidade do paciente para compreender, e que fazem tudo isso a fim de evitar todo e qualquer problema que se transforme em uma ameaça à perda do controle terapêutico. Desta forma, a "omissão estratégica" é uma distorção iatrogênica freqüente. Quando os pacientes pioram, por exemplo, a freqüência e a duração das visitas médicas também diminuem. Spinetta e outros (1974), usando medidas para a avaliação de distância psicossocial, constatou que as crianças com prognóstico fatal percebem as figuras dos adultos significantes, pais e equipe médica, como estando mais distantes delas do que as crianças hospitalizadas não portadoras de um diagnóstico fatal. Spinetta admite a possibilidade de que os próprios adultos tendem a isolar psicologicamente a criança terminal e a aumentar a distância psicossocial pelo decréscimo na freqüência, intensidade e qualidade de seus contatos físicos e verbais com esta que provavelmente aprende a responder a tais insinuações dos adultos que a cercam.

Contudo, não é apenas o paciente que ameaça o controle do médico mas também a possível intervenção de outros profissionais como psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais. Assim, diz Weisman, muitos médicos partilham da concepção errônea de que a entrevista psiquiátrica pode fazer mais mal ao paciente do que muitos procedimentos de diagnóstico que são realizados sem hesitação. Se há uma permissividade na recomendação de quase todo o tipo de intervenção física, mesmo se esta produz mais perigo do que benefício, infelizmente a sanção social acerca de fazer tudo o que é possível pelo paciente terminal não inclui a avaliação psiquiátrica. O papel tradicional do médico no pináculo da pirâmide profissional cria nele a ilusão de que tudo está sob o seu controle desde que ele não delegou seu trabalho a ninguém. Por exemplo, admitindo a importância do papel do sacerdote a percepção do médico seria de que, em parte, estaria delegando seu papel e, conseqüentemente, perdendo o controle terapêutico, o que o levaria necessariamente a refletir sobre o fato de que a inexorabilidade da morte significa que sua própria morte é inevitável. Não delegar significa, portanto, manter uma atitude de "não ainda", "não agora", enquanto que delegar significa o aqui e agora e a inevitabilidade da própria morte.

Evidentemente a negação da morte afeta a própria instituição hospitalar, o profissional médico e com mais razão o paciente. Na medida em que as raízes da negação estão plantadas na vida biológica, social e emocional, e as interações que dão origem à negação são muito diversificadas, é quase impossível catalogar todas as formas pelas quais elas se expressam. As pessoas doentes podem negar acerca de fatos de uma doença, dos sintomas, do diagnóstico, do tratamento, e, naturalmente, da própria morte inevitável.

3. Níveis da negação da morte

Em relação à terminalidade e à ameaça de morte, Weisman identifica três níveis de negação, os quais chama de negação de primeira, segunda e terceira ordens.

A negação de primeira ordem diz respeito a como o paciente percebe os fatos primários da doença. Esta negação é facilmente constatada por ser muito grande a discrepância entre o relato, as percepções do paciente e o que o observador constata e vê. Não é raro, por exemplo, que os pacientes neguem e desmintam fatos primários da enfermidade mesmo quando experiências prévias devessem alertá-los para a reincidência. Weisman cita o caso de um paciente com perturbações coronárias que apesar de ter acordado com dores no peito, saiu e comprou lingüiça de porco para o *breakfast*. Como a dor continuasse procurou o médico, queixando-se de que sua dor era devido à vesícula que normalmente era afetada quando comia carne de porco. Este paciente não negava o fato da dor mas a causa da dor.

Os pacientes normalmente usam palavras como instrumento de negação mesmo quando a palavra é usada corretamente. Por exemplo, o termo câncer tem significados secundários que não são partilhados com a palavra tumor. Câncer evoca a imagem de decadência, devastação, deterioração etc. Tumor implica que a lesão é circunscrita, removível e não muito grave. Os pacientes gravemente enfermos podem também explicar sua presença no hospital dizendo: "meu médico deseja certificar-se de que não tenho nada grave." Mas, muitas vezes, é o próprio médico que encorajando no paciente uma falsa tranqüilidade transmite-lhe uma negação de primeira ordem. Um dos casos relatados por Weisman, e ao qual já se fez referência, ilustra a negação de primeira ordem tanto por parte do paciente como por parte do médico. Trata-se daquela paciente com tumor abdominal, a qual, como se viu, queixava-se muito pouco e parecia ignorar as causas do aumento de seu ventre (negação de primeira ordem por parte da paciente) e que antes da hospitalização consultou um médico que, segundo Weisman, foi quase irrealisticamente tranqüilizador (negação de primeira ordem por parte do médico). Outro caso mencionado por Weisman é o de um viúvo de 65 anos que apesar de fortes dores no peito, ao invés de consultar o próprio médico, procurou um outro que havia minimizado os sintomas de trombose cerebral de sua falecida esposa, e com o qual não tivera contato desde a morte desta. Era óbvio que preferira um médico que minimizasse sua dor mesmo correndo o risco de que outra doença séria pudesse ser negligenciada.

A negação de segunda ordem diz respeito às inferências que o paciente faz ou deixa de fazer acerca da extensão e implicações de sua doença. Na negação de segunda ordem o paciente aceita os fatos primários da doença, mesmo o diagnóstico, mas não pode visualizar as implicações e possíveis extensões de sua lesão. Este tipo de negação — negação de implicações — leva o paciente a fracionar sua doença e os sintomas em diferentes pequenas enfermidades, podendo assim manipular cada um deles separadamente, minimizando desta forma a importância da doença propriamente dita. Weisman cita o caso de uma mulher de 34 anos, mãe de dois filhos, que em conseqüência de uma mastectomia tinha uma grande úlcera, à qual ela se referia como sendo "uma tendência para infecção", procurando inclusive evitar situações que pudessem expô-la a outras infecções. No hospital insistia para que sua cama não ficasse perto de ninguém que estivesse com pneumonia (negação de segunda ordem por parte do paciente). Neste caso, parte da negação era também sustentada pela mãe da paciente, mulher enérgica que já havia cuidado do marido e da irmã durante suas doenças terminais. Orgulhava-se do fato de sua irmã ter vivido durante muito tempo depois dos médicos terem perdido toda a esperança, e assim era extremamente otimista acerca de sua filha. O fato de tanto o marido como a irmã terem final-

mente morrido não abalava sua convicção de que um excelente atendimento evitaria a morte. Outro caso, ainda de negação de implicações, é o de uma mulher de 39 anos, mãe de três filhos, que consultou um ginecologista por causa de uma hemorragia. No decorrer do exame um nódulo no seio foi descoberto. Foi operada no dia seguinte e, como a biopsia revelasse malignidade, foi submetida a uma mastectomia. Uma vez que a operação mutiladora não havia sido prevista, seu médico temia que a ausência de preparação provocasse um impacto muito grande na paciente, admitindo inclusive o risco de suicídio. Assim, um psiquiatra foi chamado para intervir logo que a paciente retornou para o seu quarto. Ela surpreendeu a todos com a aceitação eufórica e entusiástica da mastectomia. Como católica temia uma punição por não haver freqüentado a igreja por muitos anos, devido a uma claustrofobia. Assim, quando o psiquiatra lhe informou que tivera muita sorte pois o tumor era pequeno e havia sido prontamente detectado, interpretou sua "sorte" como indício da intercessão e do perdão de Deus. Recusou-se a voltar para tratamentos posteriores, insistindo que Deus não somente a havia perdoado como também realizado um milagre.

Finalmente, a negação de terceira ordem ou negação de extinção diz respeito à própria imagem da morte. O paciente nesta etapa já aceitou o diagnóstico e suas implicações, mas resiste ainda ao fato de que a doença incurável resulta em morte. Independentemente da crença filosófica ou religiosa, o paciente em função da negação de terceira ordem ou negação de extinção se comporta e fala como se o estado em que se encontra fosse perdurar indefinidamente. A negação de extinção é difícil de ser diagnosticada, sendo freqüentemente percebida como sinal de coragem, de esperança, de fé.

Para ilustrar este tipo de negação, Weisman cita o caso de uma paciente solteira, de 42 anos, que deu entrada no hospital, já em fase terminal, com metástase abdominal. Como não tivesse parentes, seu cirurgião pediu a uma assistente social para ajudá-la na transição da vida privada para a hospitalização permanente. Ela aceitou o diagnóstico e sabia da importância da transferência; falava francamente, sem autopiedade, chegando mesmo a admitir algumas vezes que não iria viver muito. Meses mais tarde a assistente social recebeu da paciente um telefonema pedindo-lhe que fosse visitá-la e, ao chegar, encontrou-a muito deprimida, o que não era comum. Para surpresa da assistente social, a paciente lhe disse que desejava que esta lhe ajudasse a contratar uma enfermeira para cuidar dela quando voltasse para casa. É importante relatar, neste caso, que o médico da paciente havia saído para umas férias de três semanas e, ao voltar, a paciente percebera que se desapontara com seu estado. A assistente social que mantinha com a paciente uma política de franqueza aventurou-se a sugerir-lhe que estava reexperimentando alguns de seus medos iniciais acerca do morrer. A paciente logo concordou, reconhecendo a incongruência entre seu estado e seus planos de ir para casa. Comentou com muita tristeza que qualquer pessoa em seu estado passa por períodos similares. Preparou-se para dormir e falou serenamente que esperava não viver por muito tempo. A assistente social segurou sua mão dizendo-lhe que concordava com ela. A paciente sorriu e agradeceu. A morte ocorreu 24 horas depois. Este caso deixa claro que o foco principal da negação da paciente era a própria morte. A negação de terceira ordem, embora ocorrendo somente no período terminal, é ainda negação, surgindo em situações seletivas nas quais o paciente procura ainda poupar pessoas com as quais deseja manter relações. Neste caso o desapontamento do médico reforçou

a negação. Esta paciente desejava poupar seu médico de maiores desapontamentos e era natural que pedisse à assistente social que a ajudasse a voltar para casa. Mas, a assistente social, que havia desenvolvido com ela uma relação na qual a confrontação com a morte tinha sido encarada, possibilitou à paciente abandonar a negação e aceitar a morte.

Finalmente, é importante ressaltar que, apesar de a negação frente à morte ser uma atitude básica do homem, é também uma falácia supor que a reconciliação com a morte e a preparação para a morte são impossíveis. A atitude de aceitação também é parte integrante do processo de morrer. Entretanto, aceitação não é sinal de capitulação e de ausência de medo mas contrapõe-se ao desespero, implica não mais reforçar a negação mas em transcendê-la, preservar a autonomia e alguma liberdade que ainda reste. Aceitação e esperança são conceitos básicos que implicam perceber a morte como uma dimensão da vida e não apenas como ponto final que tudo cancela. A morte é um processo de crise que envolve uma passagem e necessidade de reajustamento. Pacientes terminais estão em um estágio de nova transformação, com possibilidades de evolução em termos de experiência de vida. Desta forma podemos entender por que o processo de morrer pode ainda significar enriquecimento e crescimento, crescimento este que tem que estar alicerçado na preservação sadia da auto-imagem, na auto-aceitação e na capacidade de exercer certa influência no mundo que nos circunda, e não na busca de objetos inacessíveis. *Miss* Martin, uma senhora de 68 anos, com câncer irreversível, após freqüentar um seminário sobre a morte e o morrer dirigido por Kübler-Ross, disse a respeito de si mesma: "Vivi mais nos últimos três meses do que durante toda a minha vida (...) Gostaria de saber há 40 anos atrás o que sei agora a respeito de viver." A vivência da terminalidade permitiu-lhe prosseguir ou mesmo iniciar sua evolução.

4. Conclusões

Em disciplinas tão velhas e tão novas como a tanatologia, os profissionais da área de saúde devem se fazer velhas perguntas e se preparar para muitas novas tarefas. Os profissionais da área de saúde, como chama a atenção Weisman (1972), apesar de seus recursos emocionais e valores humanos, foram treinados em uma tradição acadêmica voltada exclusivamente para a cura e cuja linguagem não pode ser prontamente transcrita para os problemas da morte e do morrer. Essa linguagem, quando transcrita, está repleta de chavões e extensões falaciosas que precisam ser denunciadas e combatidas.

Se a sociedade não se inclina a fazer perguntas realistas, contentando-se com respostas que são estereótipos e clichês, nossa atitude como profissionais da área de saúde deve ser não a de continuar lamentando os defeitos de nossa cultura, mas a de nos perguntarmos se podemos realmente revisar nossas imagens e nossas desoladoras expectativas acerca da morte. Talvez este objetivo seja totalmente inatingível, mas podemos melhorar nossas atitudes. Necessitamos de uma ciência coerente da morte, pois se o cuidado com o terminal é difícil e desgastante, mais difícil e desgastante se torna se para aplacar a ansiedade recorremos à negação e falácias. Apesar de nossa tendência para sofismar e negar, podemos aperfeiçoar nossos métodos para lidar com a terminalidade. Podemos mesmo nos tornar capazes de ajudar a tornar a morte mais aceitável e apropriada.

Abstract

This article focalizes some implications of the dealth denying in the hospitalar institution and analyses the fallacies that affect the institution, the doctor and the patient in this contest.

Referências bibliográficas

Becker, E. *A negação da morte.* Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1976.
Goffman, E. *Manicômios, prisões e conventos.* São Paulo, Perspectiva, 1974.
Kubler-Ross, E. *Death, The final stage of growth.* New Jersey, Prentice-Hall, 1975.
———. *Sobre a morte e o morrer.* São Paulo, Edart, 1977.
Landsberg, P. Louis. *Essai sur l'expérience de la mort.* Paris, Editions du Seuil, 1951.
Mauksch, Hans O. The organizational context of dying. In: Kübler-Ross, E. *Death, the final stage of growth.* New Jersey, Prentice-Hall, 1975. p. 7-24.
Maslow, A. H. *The psychology of science.* New York, Harper & Row, 1966.
Morin, E. *L'homme et la mort dans l'histoire.* Paris, Corrêa, 1951.
Spinetta, Z.; Riegen, D. & Koron, H. Personal space a measure of a dying child's sense of isolation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*(6):751-6, 1974.
Weisman, A. D. *On dying and denying. A psychiatric study of terminality.* New York, Behavioral Publications, 1972.
Ziegler, J. *Os vivos e a morte.* Rio de Janeiro, Zahar, 1977.

