
Visão

Júlio César Stobbe¹

Resumo: As modificações ocorridas no processo de envelhecimento mundial trouxeram alterações na fase final da vida: a morte. Tais mudanças culminaram com o pensamento e, muitas vezes, a prática de negação da morte e de tabus relacionados com essa fase tão importante da vida. Assim, procuramos fazer uma reflexão sobre processo do morrer humano.

Palavras-chave: envelhecimento; morte; geriatria; final-de-vida.

1. Introdução

Parece um comportamento paradoxal que estudemos por vários anos numa faculdade de medicina, em especializações, e abordarmos de forma tão enfática o assunto morte *versus* geriatria. Tal fato parece agravar-se quando tornamos explícita a situação de termos estudado tanto a geriatria com o intuito de promover um envelhecimento com qualidade de vida. Numa visão superficial, estaríamos frente a uma incógnita, no entanto a realidade da morte nunca se fez tão clara quanto nessa fase da vida. A perda dos amigos, as patologias associadas com o fenômeno do envelhecimento e, muitas vezes, a solidão conduzem a imagem do fim fique mais nítida e, não raramente, o objetivo maior para livrar-se de sofrimentos físicos e mentais.

Por um momento, ao tentar buscar luzes nas trevas da ignorância que paira sobre o assunto da morte, identifiquei uma importante mudança ao perceber que o principal bem apregoado pelo pensamento corrente, a vida, muitas vezes, não se constitui como prioridade nos objetivos de nossa existência. A saúde física e mental, a paz(conhecida e valorizada em momentos de perda) e a morte tornam-se pilares de sustentação do viver humano.

¹ Médico, Vice- Diretor Médico do Hospital São Vicente de Paulo/ Passo Fundo-RS.
Mestre em Geriatria pela PUCRS. Doutorando em Geriatria pela PUCRS.

2. Envelhecimento da população mundial

A população de idosos do mundo aumenta de forma exponencial. Na Roma Antiga (50 a .C.), a expectativa de vida oscilava em torno de 22 anos de idade; na Suécia, no século XVIII, era de 35 anos². Na Palestina, no século I d.C., cerca de um terço daqueles que alcançavam o primeiro ano de vida (não contabilizadas as perdas por mortalidade infantil) morria até os seis anos de idade, e cerca de 60% dos sobreviventes morriam até os 16 anos; por volta dos 26 anos, 75% já tinham morrido e, aos 46 anos, 90% já tinham desaparecido, chegando aos sessenta anos de idade menos de 3% da população³. “Estudos feitos por paleontologistas indicam que as doenças infecciosas e desnutrição eram generalizadas. Por volta dos 30 anos a maioria das pessoas sofria de verminose, seus dentes tinham sido destruídos e sua vista acabado(...) 50% dos restos de cabelos encontrados nas escavações arqueológicas tinham lândeas”⁴. No ano de 6000 a. C. havia menos pessoas na Terra do que há hoje em Nova York ou Tóquio; e nos quatro mil anos seguintes a população cresceu lentamente. Por volta de 1890, a população era de 1,7 bilhões, passando, em 1925, para cinco bilhões⁵. Mudanças na área de saúde, saneamento básico, quebra de tabus por verdades científicas, levaram com que ocorresse uma diminuição da mortalidade infantil, associada com um aumento significativo na expectativa de vida das populações. O fenômeno, que, inicialmente, era mais evidente em países desenvolvidos, hoje ocorre nas nações em desenvolvimento e subdesenvolvidas. Entretanto, não podemos esquecer que, para que uma população envelheça, não basta apenas diminuir mortalidade infantil e aumentar a expectativa de vida. Deve-se ter um aumento na proporção de idosos em relação ao número de jovens. Em países como o Japão, por exemplo, a longevidade média (expectativa de vida ao nascer) é de 81,5 anos de idade, com estimativas para o período de 2045-2050 de 88 anos de idade⁶. Nos Estados Unidos, em 1900, 4,1% da população de 76 milhões de pessoas possuíam idade igual ou superior a 65 anos; em 2000, essa percentagem passou para 12,5%, com projeções para o ano de 2050 de 82

² United Nations: World Populations Report, 1998.

³ Rohrbaugh, RL. The Social Sciences and New Testament Interpretation 1996; pp. 4 –5.

⁴ Idem, *ibidem*, p. 5.

⁵ http://www.formosaonline.com.br/geonline/textos/geografia/geografia_humana10.htm. Acesso em 05/09/2004. 23 horas.

⁶ UNITED NATIONS POPULATION DIVISION. World Population Prospects: The 2000 Revision, Department of Economic and Social Affairs. New York, Feb.,2001.

milhões de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos⁷. Outros dados indicam que o número de idosos americanos passará de 34 milhões no ano de 1999 para 69 milhões até 2030⁸.

2.1 Envelhecimento mundial e modificações das concepções

As mudanças que alteraram o curso da vida na superfície do planeta conduziram a que os rituais do processo de morrer fossem se alterando. Aumentamos a expectativa de vida, conseguimos “driblar” a morte... Mas, mesmo assim, ela chega! Como cita Otto Lara Resende: “A morte é, de tudo na vida, a única coisa absolutamente insubornável”. Tentamos modificar a todo custo o espectro da morte. Podemos desafiá-la com todas as técnicas de próteses, enxertos, bancos de órgãos, prolongação por meio da obstinação terapêutica e reanimação. Para todos que estão na vanguarda da técnica e da ciência, a morte é negada. A morte é um insulto à vida, ao progresso. Mais de 75% das pessoas morrem nos hospitais. A morte está se “hospitalizando”⁹.

A vida moderna modificou o morrer humano. Em tempos passados, a maioria das pessoas morria em casa, em meio dos seus seres queridos, com atenção religiosa, sabendo que morreria com todas as facilidades para tornar as determinações grandes ou pequenas pertinentes à situação.

No mundo cristão pré-moderno, a arte de morrer tinha seus parâmetros culturais relativamente bem definidos. Morrer bem significava morrer na própria cama, em casa, rodeado pelos familiares e amigos, tendo se confessado, recebido comunhão e colocado em ordem seus negócios enquanto vivo ou por testamento. O médico, o advogado, o padre eram os profissionais que presidiam ou, ao menos, assessoravam os ritos de adeus.

Em nosso tempo desconhecemos a morte em toda sua seriedade. Não há lugar na vida moderna para pensarmos em morte¹⁰. O direito à morte foi retirado do paciente, ou seja, este passou a ficar passivo diante do ato de morrer. Os médicos, os enfermeiros, os familiares tomam as decisões. Ele já não morre a sua morte, sofre suas dores, mas não é dono dela. Podemos dizer

⁷ Demography and Epidemiology, pg 53/54

⁸ Miller, KE, Kylstra, RG, Standridge, JB. The geriatric patient: a systematic approach to maintaining health. Am Fam Physician 2000; 61:1089.

⁹ Barchifontaine CP. A dignidade no processo do morrer in Bioética, alguns desafios Pp 283 – 296. 2002.

¹⁰ Versluis, N. Desconocimiento social de la muerte. *Concilium. Revista Internacional de Teologia*(Madrid), 65:291-299, 1971.

que está ocorrendo uma privatização da morte¹¹.

Por outro lado, a posição do médico perante a morte acabou-se tornando mais complexa, como bem lembra o professor Roosevelt Cassorla (Unicamp): “Morremos de doenças, para tal existem cirurgias, medicamentos. Estes são utilizados pelo médico, portanto responsável pela solução. Caso falhe é visto como principal responsável pelo fracasso. Esse por sua vez não está acostumado às lides com o morrer. Os médicos são formados para salvar, portanto a morte é sinônimo de fracasso⁸”.

A morte foge do controle do médico, portanto é vista como derrota, como sensação de impotência. Estudos até o momento da morte, há inúmeros. Pesquisas além morte, são especulações!

3. Diferentes visões da morte

O homem, na concepção teocêntrica ocidental, é diferente dos outros seres vivos, mantendo uma ligação direta com o criador. O ser humano tem consciência de sua realidade, razão por que se diferencia dos outros seres vivos. O corpo é que mantém a vida quando a estrutura entra em desordem, a entropia acumula-se e sobrevém a morte. É verdade que não somos eternos. Então, o corpo, ao morrer, leva consigo as idéias, persistindo apenas aquilo que produzimos de conhecimento. Assim, parece realmente haver sentido na máxima: “Plantar uma árvore, escrever um livro e ter um filho”! Estamos dessa forma nos perpetuando.

Parece haver na fase final da vida uma melhor aceitação da proximidade com a morte, contudo em qualquer fase da vida esse evento é tido como ruptura. Essa dificuldade da aceitação do fenômeno geralmente não é do próprio indivíduo, mas, sim, de seus afins, que percebem na morte uma violação de privacidade.

A busca pelo apoio religioso parece ter um papel primordial no entendimento do fenômeno da morte. As várias religiões têm demonstrado pontos em comum, dentre os quais, em nossa visão, destaca-se a palavra “passagem”.

Na visão hinduísta, que corresponde a 80% da população da Índia, acredita-se na continuidade, com renascimento (reencarnação), e há ensino específico para o fim da vida, apoio da família para uma boa morte, morte como aspecto positivo e sem apreensão¹².

¹¹ Escobar, AL. El morir humano há cambiado in Bioética Temas e perspectivas. OPAS. Publicación científica n° 527. pp 87-93.1997.

¹² Firth, Shirley. End-of-life: a Hindu view. Lancet 2005; 366:682-86.

Na perspectiva judaica o médico tem autoridade para determinar o apropriado curso do tratamento, no entanto a figura do rabino poderá ser consultada. O rabino, por sua vez, certamente vai querer falar com o médico e saber qual é a real situação do problema. Nessa visão acredita-se não ser correto prolongar o sofrimento do moribundo sem um real benefício¹³.

Na perspectiva budista, seus seguidores tendem a ser preparados para aceitar a morte com calma e dignidade. Não há uma autoridade central competente para ordenar as regras da religião, mas, sim, um seguimento da própria consciência. A vida é uma existência que inicia na concepção e termina com a morte e, no intervalo entre esses eventos, o indivíduo exercita livremente o respeito moral, dando importância à capacidade mental desfrutada (alcançada). Pessoas em estado vegetativo são consideradas como suspensas entre a vida e a morte, porém não devem ser tratadas diferentemente dos outros, pois os problemas causados no neocórtex são considerados como os de outro órgão qualquer. Os budistas não acreditam que a vida deva ser considerada a qualquer custo, quando inevitável deve seguir o curso natural, a vida não pode ser prolongada para sempre, razão por que são preparados para o dia em que isso vai ocorrer. O não-uso de antibióticos, por exemplo, pode ser considerado como uma forma de tratamento em estágios vegetativos avançados e quando o diagnóstico for conclusivo, porém hidratação e alimentação devem ser mantidos¹⁴.

Os tibetanos, budistas, possuem um manual destinado a pessoas dos mais variados graus de conhecimento (ou iluminação) com instruções diretas sobre as fases intermediárias pela qual passará o moribundo nos momentos da morte. Se o agonizante for capaz de reconhecimento dessa fase, deverá ser evocados mentalmente, caso contrário, será orientado verbalmente, no seu ouvido, por uma pessoa que reconheça os sinais da morte¹⁵.

Na visão islâmica, o rápido avanço das tecnologias médicas não tem sido acompanhado do processo de procedimentos e processos para regular sua introdução e uso em locais de cuidados intensivos. Fatores religiosos e psicológicos são os maiores influenciadores na determinação do término da vida. A discrepância entre o conceito religioso e científico de morte tem acarretado grandes desafios para as famílias e os cuidados profissionais quando se decide salvar a vida, como por exemplo, na

¹³ Dorff, Elliot N. End-of-life: Jewish perspectives. *Lancet* 2005;366:862 – 65.

¹⁴ Keown, Damien. End-of-life: the Buddhist perspectives. *Lancet* 2005;366:952 – 55.

¹⁵ Samdup, Lama Kazi Dawa. *O Livro dos Mortos Tibetano(Bardo Thödol)*. Brasil. Ed Hemus;1983.

intervenção em ocorrência de uma parada cardiorrespiratória. Na ética islâmica um indivíduo é saudável quando está intimamente ligado com sua família e a comunidade. O islamismo não reconhece a nenhum paciente o direito de morrer voluntariamente, pois a vida é concessão divina e não pode ser terminada por nenhuma forma de intervenção humana ativa ou passiva, pois isso é fixado por uma decisão divina inalterável. Assim, o suicídio é julgado como irracional e não pode ser cometido. Não há imunidade na lei islâmica para médicos que decidem unilateralmente e ativamente ajudar um paciente a morrer¹⁶.

O medo da única certeza da vida, sua negação, a parceira do dia-a-dia do ser humano, tornaram a morte um verdadeiro tabu. Antes, morria-se em casa, onde havia um ritual, do qual crianças, jovens, adultos e idosos participavam. No momento, tenta-se afastá-la ao máximo, negá-la ao máximo. Em tribos primitivas da África, há ainda, rituais que desde idades tenras tentam explicar a fugacidade da vida e a solidez da morte. Os jovens são submetidos a um ritual de iniciação no qual são abandonados na selva por uma semana, tendo contato apenas com seu guia espiritual para, posteriormente, poderem regressar e ser aceitos novamente em sua comunidade. Esse ritual simboliza o morrer da criança e o nascimento do homem. Com essa prática se busca derrotar a morte e convertê-la em um renascimento. O ancião, por sua vez, é acolhido em seu meio cultural e valorizado não somente pelo que tem sido, mas pelos seus conhecimentos passados e experiências vividas¹⁷.

Parece ser pertinente a fábula que tibetana, segundo a qual muito tempo, no Tibete, uma mulher viu seu filho, ainda bebê, adoecer e morrer em seus braços, sem que ela nada pudesse fazer. Desesperada, saiu pelas ruas implorando que alguém a ajudasse a encontrar um remédio que pudesse curar a morte do filho. Como ninguém podia ajudá-la, a mulher procurou um mestre budista, colocou o corpo da criança a seus pés e falou sobre a profunda tristeza que a estava abatendo. O mestre, então, respondeu que havia, sim, uma solução para a sua dor. Ela deveria voltar à cidade e trazer para ele uma semente de mostarda nascida numa casa onde nunca tivesse ocorrido uma perda. A mulher partiu, exultante, em busca da semente. Foi de casa em casa, sempre ouvindo as mesmas respostas: “Muita gente já morreu nessa casa”; “Desculpe, já houve morte em nossa família”; “Aqui nós já perdemos um bebê também.” Depois de vencer a cidade inteira sem conseguir a

¹⁶ Sachedina, Abdulaziz. End-of-life: the Islamic view. *Lancet* 2005;366:774 – 79.

¹⁷ Garoz MR. Antropologia de La Muerte. *Geriátrika* 1992; 8(8): 56.

semente de mostarda pedida pelo mestre, a mulher compreendeu a lição. Voltou a ele e disse: “O sofrimento me cegou a ponto de eu imaginar que era a única pessoa que sofria nas mãos da morte”.

4. Morte e Medicina

A medicina mudou mais nos últimos cinquenta anos do que nos cinquenta séculos precedentes¹⁸. Mudou o conhecimento biológico, mas os valores éticos e morais, em sua base, permaneceram praticamente inalterados, fundamentando o cidadão, principalmente o idoso. Assim, os cuidados de afeto de uma boa relação do tripé médico-paciente-familiar são fundamentais nos momentos de final de vida. O fim de recursos para tratamento não é sinônimo de frieza e abandono. Deve persistir o diálogo, o simples mas importante aperto de mão, o olhar no olho, o sentar-se na cadeira para conversar amenidades. A “visita de médico” já presente nos jargões da rapidez da vida moderna torna-se, comumente, nessa fase da vida mais vivaz. É difícil parar, reunir os familiares com o paciente e, num diálogo aberto, explicar a doença, o diagnóstico e o prognóstico, principalmente se sombrio. É preciso estar bem preparado e seguro de todas as fases da doença (ou doenças), talvez a etapa mais fácil do diálogo (é o exercício da ciência biológica que praticamos no cotidiano). Porém, o mais difícil é ter base de formação para poder discutir, na linguagem do paciente, sobre suas dúvidas, temores, convicções religiosas, aspectos sociais e psicológicos. Isso requer talvez mais que faculdade ou cursos de especialização; requer a observação, o colocar-se no lugar do doente e seus familiares. É essa a cultura da verdadeira bioética, que ainda deambula com os passos trôpegos de um bebê de idade tenra.

O médico, na atualidade, anda comprimido entre seus múltiplos empregos (com extenuantes jornadas de trabalho), sua família (com a qual consegue conviver por instantes), seus pacientes, as crescentes exigências do mundo científico (que exigem estudos contínuos, leituras diárias) e as pressões jurídico-sociais (medo de processos, recursos parcos para a saúde). Existem poucos espaços e tempo para discutir a ética, a bioética, a vida!

Há muitas etapas para serem vencidas, muitas discussões sobre o final da vida do idoso. Por exemplo, durante um processo de parada cardíaca de um paciente com poucas possibilidades terapêuticas, no Brasil ainda não existe nenhuma legislação

¹⁸ Bernard J. Da biologia à ética. Campinas: PSY, 194: 29. São Paulo: Unesp, 1997.

específica que proteja o médico na sua eventual decisão de não ressuscitar ou abandonar os esforços ressuscitatórios. Há, sim o risco legal para o profissional¹⁹.

Ressuscitação cardiopulmonar, ventilação mecânica, sondas nasogástricas, tubo orotraqueal podem salvar a vida de muitos pacientes mas em outros podem prolongar a morte e causar-lhe grande sofrimento aos seus familiares²⁰.

Em pacientes com doenças crônico-degenerativas, que são de grande prevalência entre idosos, apesar de não podermos vislumbrar cura, devemos pensar em seu bem-estar físico, mental, social e espiritual, ou seja, promover a arte da ortotanásia (arte do bem morrer), que rejeita toda forma de mistanásia (morte infeliz) sem cair nas ciladas da eutanásia (ativa ou passiva) nem da distanásia (encarniçamento terapêutico)²¹.

Daí a importância de trabalhos/artigos para que possamos ter referências para esclarecimento e difusão dos aspectos médico-legais do fim-da-vida. Urge a difusão, compreensão e prática do fim da obstinação terapêutica (dos europeus), ou medicina ou tratamento fútil e inútil (dos americanos), para que ao final da etapa da vida e início da passagem possamos ter um fenômeno digno de direitos humanitários: morte digna!

Existe uma região de penumbra, ofuscante, sobre os benefícios para o doente terminal, na qual se poderiam encaixar, dependendo dos conceitos éticos do avaliador, distanásia, suicídio médico-assistido ou distanásia de duplo-efeito, isto é, decisão de intubação ou ventilação mecânica, uso de doses elevadas de benzodiazepínicos, opióides ou barbitúricos. Em amplo estudo realizado na Europa, percebeu-se que um terço das mortes são súbitas ou inexplicadas, dificultando, assim, o processo de entendimento, ou seja, o processo de passagem...

Na Suíça um estudo demonstrou a taxa de morte por suicídio assistido pelo médico, obtendo o valor que chegou a 0,36% de todas as mortes; dessas, em 92% estavam envolvidas organizações de direito à morte. Suicídio assistido pelo médico e decisão de não-tratamento foram mais comuns entre idosos com

¹⁹ Abdalla LA. Aspectos éticos e médico-legais da ressuscitação cardiopulmonar: ordens de não ressuscitar. Ver. Soc Cardiol Estado de São Paulo 1997; 7(1):180.

²⁰ Teno J, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen B, Emanuel EJ, van der Maas PJ, van der Wal G. End of life decision-making: from whether to when. In: eds. Clinical and epidemiological aspects of end-of-life decision-making. Amsterdam: Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences, 2001.

²¹ Barchifontaine, CP. A dignidade no processo do morrer. Bioética, alguns desafios 2002. Pp 283 – 296.

idade maior ou igual a oitenta anos e portadores de câncer, a maioria com uma expectativa de vida de menos de um mês. Em 40% dos casos os médicos consultaram colegas (Holanda, Bélgica e Suíça) e enfermagem, 57% na Bélgica e 50% na Suíça. Segundo os autores, a administração de drogas com a intenção de acelerar a morte é praticada em todo lugar (provavelmente com o sentido de distanásia por duplo efeito). Decisão de final de vida principalmente como resposta médica ao sofrimento do paciente tem sido praticada em todo lugar em serviços modernos de cuidados a saúde, embora, a frequência de decisão seja influenciada mais fortemente por fatores culturais, como o princípio da autonomia do paciente, critérios para futilidade médica, ou estado legal (eutanásia ou decisão de não - tratamento), variando muito entre os diversos continentes²².

5. Conclusões

Salienta-se o escrito: “Levando em conta os temores que povoam a mente dos pacientes terminais, os médicos só exercerão com grandiosidade o seu papel se assumirem a posição que ocupavam em épocas anciãs, quando guiados por valores espirituais e religiosos, eram guardiães do corpo e da alma. E também se misturarem com seus poderosos elixires, que aliviam o sofrimento físico, com três poções mágicas de efeitos quase sublimes: ouvir sem julgar, expressar-se numa dimensão superior e estar ao lado continuamente”²³.

Parece que, ao lado da melancolia do saudosismo do autor, podemos retornar a algumas práticas de humanismo dessa etapa certa e importante: o fim da vida!

Pensar que podemos dominar a morte, enfrentá-la sem sofrimento é, mais uma vez, utopia, visto que sempre virá acompanhada de dor e sofrimento, por mais preparo espiritual que tenhamos. Entretanto, neste momento de fragilidade e vulnerabilidade devemos respeitar os conceitos de autonomia e dignidade²⁴.

No momento mais humano da vida, que é, paradoxalmente, o da morte, a pessoa tem necessidade de afeto e companhia,

²² Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, Wal G, Maas PJ. End-of-life decision-making in a six European countries: descriptive study. *Lancet* 2003; 362: 345-50. Published online June 17, 2003 <http://image.thelancet.com/extras/03art3298web.pdf>

²³ Srougi MC. Cutait e o morrer. *Folha de São Paulo* 2001 jul 2;A-3.

²⁴ Pessini, Leo. *Distanásia: até Quando prolongar a vida?* / Leocir Pessini – São Paulo: Ed do Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2001.

reconhecendo-se o direito de morrer com dignidade entendido como recusa de uma construção forçada e excepcional da existência. Todo ser humano tem o direito de viver a sua própria morte, pois é o último momento para exercer sua liberdade²⁵.

Abstract: Changes occurred in the world process of aging have created modifications in the last stage of life: the death. Such changes have led to the thinking and, in many times, the practice of denying death and to taboos concerning this important phase of life. We tried to trace some items on the thinking about the process of human dying.

Key-words: aging; death; geriatrics; end of life

²⁵ Pessini, L. Como lidar com o paciente em fase terminal. 5ª edição. pp 118 – 9.