

**UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI
ILDETE MARIA DE ALMEIDA PEREZIM**

**HOSPITALIDADE E MORTE: ANÁLISE DA PRODUÇÃO
CIENTÍFICA SOBRE DISSERTAÇÕES E TESES
(1988 -2012)**

**São Paulo
2015**

ILDETE MARIA DE ALMEIDA PEREZIM

**HOSPITALIDADE E MORTE: ANÁLISE DA PRODUÇÃO
CIENTÍFICA SOBRE DISSERTAÇÕES E TESES
(1988 -2012)**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre do Programa de Mestrado em Hospitalidade, linha de pesquisa “Hospitalidade: Processos e Práticas”, da Universidade Anhembi Morumbi, sob a orientação do Prof. Dr. Luiz Octávio de Lima Camargo.

SÃO PAULO

2015

ILDETE MARIA DE ALMEIDA PEREZIM

**HOSPITALIDADE E MORTE: ANÁLISE DA PRODUÇÃO
CIENTÍFICA SOBRE DISSERTAÇÕES E TESES
(1988 -2012)**

Dissertação de Mestrado apresentado à Banca Examinadora, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre do Programa de Mestrado em Hospitalidade, linha de pesquisa “Hospitalidade: Processos e Práticas”, da Universidade Anhembi Morumbi, sob a orientação do Prof. Dr. Luiz Octávio de Lima Camargo.

Aprovado em 03 de setembro de 2015.

Prof. Dr. Luiz Octávio de Lima Camargo

Presidente

Prof. Dr. Alexandre Panosso Netto

Membro

Profa. Dra. Marielys Siqueira Bueno

Membro

DEDICATÓRIA

Aos que sabem viver com alegria e desprendimento.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, pelo acolhimento incondicional.

Ao meu orientador por acreditar no tema proposto e me conduzir com incentivo no percurso científico.

Aos professores pela contribuição, compartilhamento e entusiasmo para a composição das etapas desta pesquisa.

À minha família pelo carinho, atenção e paciência.

A Renato, meu marido Renato, por toda a cumplicidade e companheirismo.

Aos meus filhos Pedro e João que me acompanharam durante as madrugadas de estudo.

Ao meu sobrinho Guilherme, psicólogo sensível, pelo grande apoio.

Aos colegas do mestrado pela amizade, apoio e entusiasmo.

Aos amigos do SENAC pelo apoio e incentivo.

E, finalmente, à instituição SENAC pela bolsa de estudos que possibilitou esta pesquisa.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Os tempos e espaços da hospitalidade humana.....	35
Quadro 2: Pesquisas científicas com abordagem na categoria hospitalidade familiar– Brasil, 1996 – 2012.....	93
Quadro 3: Pesquisas científicas com abordagem na categoria auto-hospitalidade – Brasil, 1990 – 2012.....	102
Quadro 4: Pesquisas científicas com abordagem na categoria Hospitalidade Profissional – Brasil, 1989 – 2012.....	114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Categorias da Hospitalidade nas pesquisas sobre Morte e Hospitalidade – Brasil, 1988-2012.....	84
Tabela 2: Pesquisas científicas sobre Morte e Hospitalidade por nível e área de conhecimento – Brasil 1988-2012.....	86
Tabela 3: Categoria Hospitalidade Familiar das pesquisas sobre morte e hospitalidade por área de conhecimento – Brasil, 1988 – 2012.....	95
Tabela 4: Categoria Auto-hospitalidade das pesquisas sobre morte e hospitalidade por área de conhecimento – Brasil, 1988-2012.....	105
Tabela 5: Subcategoria Bioética das pesquisas sobre morte e hospitalidade por área de conhecimento – Brasil, 1988-2012.....	110
Tabela 6: Categoria Hospitalidade Profissional das pesquisas sobre morte e hospitalidade por área de conhecimento – Brasil, 1989 – 2012.....	120

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Cloto, Láquesis e Átrópos, As Moiras, ou a nossa vida eternamente por um fio, quadro de Joh Melhuish Strudwick, 1849-1937.....	6
Figura 2: Dança da Morte, Holbein – 538.....	19
Figura 3: O triunfo da morte, Bruegel – 1569	19
Figura 4: Pesquisas científicas sobre hospitalidade e morte por ano – Brasil, 1988 a 2012.....	84
Figura 5: Pesquisas científicas sobre hospitalidade e morte por nível – Brasil, 1988 a 2012....	85
Figura 6: Pesquisas científicas sobre hospitalidade e morte por nível e ano, Brasil – 1988 A 2012.....	86
Figura 7: Pesquisas científicas sobre morte e hospitalidade distribuídas por grandes áreas de conhecimento – Brasil, 1988 – 2012.....	87
Figura 8: Pesquisas científicas sobre morte e hospitalidade por ano e grandes áreas do conhecimento – Brasil, 1988 - 2012	88
Figura 9: Teses e Dissertações sobre morte e hospitalidade produzidas por IES – Brasil, 1988-2012.....	89
Figura 10: Pesquisas científicas sobre hospitalidade e morte por região – Brasil, 1988 – 2012.....	90
Figura 11: Instituições produtoras de pesquisas científicas sobre morte e hospitalidade por estado - Brasil, 1988 – 2012.....	91
Figura 12: Palavras-chaves mais utilizadas nas pesquisas científicas sobre hospitalidade e morte – Brasil, 1988 – 2012.....	92
Figura 13: Palavras-chave categoria hospitalidade familiar.....	95
Figura 14: Distribuição das palavras-chave sobre hospitalidade e morte por categoria auto-hospitalidade – Brasil, 1990-2012	105
Figura 15: Distribuição das palavras-chave sobre hospitalidade e morte por categoria hospitalidade profissional – Brasil, 1989 -2012.....	119

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADEC – *Association for Death Education*

AIDS – Vírus da Imunodeficiência Humana

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CONEP - Comissão Nacional de Ética e Pesquisa

EUA – Estados Unidos América

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

IAB – *International Association of Bioethics*

IES – Instituição de Ensino Superior

ILP – Instituição de Longa Permanência

LELu – Laboratório de Estudos sobre o Luto

LEM – Laboratório de Estudos sobre a Morte

SENAC - Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

TRS – Teoria da das Representações Sociais

TV- Televisão

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTIP – Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1 - MORTE.....	6
1.1 MISTICISMO, RELIGIÃO, LITERATURA E ARTE	6
1.2 INTERPRETAÇÕES DA MORTE	8
1.3 O MEDO DA MORTE.....	14
1.4 A BELEZA DA MORTE.....	20
1.5 A BANALIZAÇÃO DA MORTE	22
1.6 EVOLUÇÃO DOS ESTUDOS SOBRE A MORTE NA CULTURA OCIDENTAL E NO BRASIL.....	28
1.7 SÍNTESE DO CAPÍTULO	31
CAPÍTULO 2 – HOSPITALIDADE E MORTE: DIMENSÕES TEÓRICAS	34
2.1 CONCEITOS DE HOSPITALIDADE	34
2.2 TEMPOS E ESPAÇOS DA HOSPITALIDADE.....	35
2.3 HOSPITALIDADE AO MORIBUNDO	36
2.4 HOSPITALIDADE PARA COM O MORTO	36
2.4.1 Cuidar dos Mortos	37
2.4.2 Hospedar os Mortos.....	38
2.4.3 Conservar os mortos	41
2.4.4 Alimentar os mortos	43
2.4.5 Lembrar-se dos mortos.....	45
2.4.6 Velório Virtual	46
2.5 HOSPITAIS E A HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO	46
2.6 CUIDADOS PALIATIVOS	49
2.7 BIOÉTICA	53
2.7.1 Morte Clínica	56
2.7.2 Eutanásia	58
2.7.3 Suicídio Assistido.....	60
2.7.4 Turismo do suicídio	61
2.7.5 Distanásia	62
2.7.6 Ortotanásia	63
2.7.7 Mistanásia	64

2.7.8 Testamento vital	65
2.8 LUTO - ENFRENTAMENTO DA PERDA	66
2.8.1 Hospitalidade Familiar - Enfrentamento da perda pela família	67
2.8.2 Auto-hospitalidade - Enfrentamento da Morte pelo próprio indivíduo	70
2.8.3 Hospitalidade Profissional - Enfrentamento da perda pelos profissionais da saúde.....	72
2.9 SÍNTESE DO CAPÍTULO	76
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA APLICADA AO ESTADO DA ARTE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE HOSPITALIDADE E MORTE.....	
3.1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	78
3.2 ETAPAS E ESTRATÉGIAS	81
3.3 CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS DISSERTAÇÕES E TESES	84
CAPÍTULO 4 – PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE HOSPITALIDADE E MORTE: ANÁLISE TEMÁTICA POR CATEGORIAS	
4.1 CATEGORIA HOSPITALIDADE FAMILIAR	93
4.1.1 Análise da subcategoria Enfrentamento da Perda Familiar	96
4.1.2 Análise da subcategoria Rituais Funerários	100
4.1.3 Análise da subcategoria Morte e Mito	101
4.2 CATEGORIA AUTO- HOSPITALIDADE	101
4.2.1 Análise da subcategoria Enfrentamento Individual	106
4.2.2 Análise da subcategoria Bioética	110
4.3 CATEGORIA HOSPITALIDADE PROFISSIONAL	114
4.3.1 Análise da Subcategoria Profissionais da Saúde.....	120
4.3.2 Análise da Subcategoria Cuidados Paliativos	125
4.3.3 Análise da Subcategoria Bioética.....	126
4.3.4 Análise da Subcategoria Profissionais da Morte.....	128
4.3.5 Análise da Subcategoria Políticas Públicas.....	129
4.3.6 Análise da Subcategoria Formação de Teólogos	130
4.4 SÍNTESE DO CAPÍTULO	131
CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
APÊNDICE - Fontes de pesquisa por categorias de hospitalidade	
	143

RESUMO

A Modernidade afastou o homem e promoveu a negação individual e coletiva em relação à morte. Este fato já é bastante estudado no âmbito das ciências sociais e humanas, desde o estudo pioneiro de Ariès em 1977 sobre a história da morte no Ocidente. A hospitalidade, por seu lado, é, na expressão de Camargo, um princípio que rege toda forma de interação e troca entre seres humanos, nos diferentes tempos e espaços do cotidiano. A relação entre esses conceitos permite ampliar o atual repertório de estudos em ambas as áreas, buscando aqueles que refletem sobre os múltiplos sistemas de troca simbólica entre o indivíduo e o contexto em que vive: entre aquele que vai morrer e sua família; entre este indivíduo e aqueles que o assistem em unidades especializadas e, a mais difícil, a auto-hospitalidade do indivíduo para consigo mesmo, vale dizer, o estudo das múltiplas formas de enfrentar a própria terminalidade. Qual é o balanço do atual conhecimento científico produzido nessa temática e como permite fazer avançar esta discussão? Em consequência, o objetivo geral da pesquisa é elaborar o estado da arte, aqui entendido como levantamento e análise da produção acadêmica que relaciona esses conceitos de hospitalidade e morte. Especificamente, a pesquisa busca a configuração, constelação de palavras-chave das dissertações e teses, estudos levantados, bem como a definição e análise das categorias temáticas das pesquisas em hospitalidade. O levantamento foi efetuado a partir do Banco de Dissertações e Teses da CAPES, conta com a análise de 154 estudos. Entende-se que a escolha de dissertações e teses permitem mostrar as atuais fronteiras do conhecimento na área em estudo. Espera-se, com a pesquisa, reforçar a sugestão da inclusão da temática da morte como um novo campo de conhecimento na área da hospitalidade.

Palavras-chave: Hospitalidade. Morte. Produção Científica.

ABSTRACT

Modernity has estranged men, promoting the individual and collective denial when it comes to death. Such fact has already been approached in social and human sciences, ever since the pioneer study by Ariès on the history of death in the west. Hospitality, on the other hand, in the words of Derrida, is a principle that rules all ways of interaction and interchange between human beings, in different times and spaces of the everyday. The touch points of these concepts allow us to expand the current repertory of studies in both fields, by searching those that make a reflection on the multiple symbolic exchange systems between the individuals and the environment where they live, between those who are going to die and their family; between this individual and those who assist him in specialized units; and the hardest one: the self-hospitality of the individual towards himself - it is worth saying, the study of multiple ways of coping with the own terminality. What is the balance of the current scientific knowledge produced under this perspective and how does it allow us to step forward in this discussion? In consequence, the general purpose of this research is to elaborate a state of art, herein understood as a survey and analysis of bibliographical productions that interrelate concepts of hospitality and death. Specifically, the research seeks configuration, constellation of key words of the researched studies, as well as the definition and analysis of thematic categories of researches approaching hospitality. The survey was submitted to the bank of dissertations and theses at capes, and it holds the analysis of 154 studies. It is understood that the choice of dissertations and theses can demonstrate the current barriers of knowledge in this field of study. From this research, it is expected to reinforce the suggestion of including the thematic of death as a new field of knowledge in hospitality.

Key-words: Hospitality. Death. Scientific Production.

INTRODUÇÃO

Não me deixe rezar por proteção contra os perigos, mas pelo destemor em enfrentá-los.

Não me deixe implorar pelo alívio da dor, mas pela coragem de vencê-la.

Não me deixe procurar aliados na batalha da vida, mas a minha própria força.

Não me deixe suplicar com temor aflito para ser salvo, mas esperar paciência para merecer a liberdade.

Não me permita ser covarde sentindo sua clemência apenas no meu êxito, mas me deixe sentir a força de sua mão quando eu cair.

(Rabindranath Tagore)

A inspiração para esta pesquisa deu-se por dois motivos: o primeiro pautado por vivências pessoais, oriundo de uma inquietação carregada desde a infância de experiências com a morte de vizinhos e parentes e o segundo pelo envolvimento acadêmico com cursos relacionados à área da saúde e hospitalidade.

Na infância, a lembrança de pessoas com doenças crônicas ou idosas, que eram assistidas e morriam em suas próprias casas, cercadas pela família e parentes, era frequente. A notícia da morte de alguém causava muita tristeza e espanto. Nos velórios havia muita choradeira, o característico cheiro de flores e velas, a decoração era marcante, porque não dizer tétrica. A predominância do preto, da dor e das caras amarrotadas pelo choro, emoldurava um cenário lúgubre. Tudo era muito demorado; a reza do terço, a cantoria das senhoras da igreja, a benção do padre, o entra e sai das pessoas à noite toda, enfim, era um cenário triste, maçante, mas necessário para o cumprimento do rito de passagem daquele que morria e dos que tinham o compromisso de realizá-lo. As horas não passavam e as conversas paralelas se alternavam com o choro e às vezes até com risos. A chegada de um parente ou amigo sinalizava uma nova sinfonia de gemidos sufocados por lenços, abraços e um novo derramar de lágrimas com troca de olhares e uma cumplicidade de consternação telepática entre os presentes.

Normalmente utilizava-se a sala da casa para o ritual funerário. O olhar e a curiosidade infantil produziam imaginações sobre sofrimento e necessidades materiais, indagações e reflexões profundas para uma criança. Como ficaria aquela família, sem seu ente querido? Se fosse um filho, como os pais passariam a viver sem ele? Se o morto fosse um pai ou uma mãe, de que forma ficariam os filhos? Quem os sustentariam ou os educariam? Como eles suportariam a dor da ausência e a condição de órfãos? E o morto, para onde iria? Todos diziam que iria para o céu, enquanto, na igreja, durante as missas de domingo, o padre não era tão simplista, pregava

aos presentes que, dependendo de seu comportamento, os mortos poderiam ir para o céu ou para o inferno, porém enquanto rezava ao lado dos defuntos durante os velórios, garantia a todos que suas almas já se encontravam no reino dos céus. Tal incoerência causava um estranhamento.

A solidariedade dos vizinhos para com as famílias que sofriam as perdas era comvente. A hospitalidade acontecia de forma natural e espontânea, todos se prontificavam a ajudar na tentativa de amenizar a dor e o sofrimento do outro. As mulheres enlutadas se vestiam de preto, por muito tempo, algumas para o resto da vida. Carregavam o luto como uma marca, um registro ou um símbolo que precisava ser ostentado, reconhecido ou compartilhado com a sociedade.

Ficou, então, na infância, o registro do enigma da morte; incompreendido, questionado, guardado em recordações como *flashes* de uma infância simples, feliz, mas permeada pelos pensamentos de uma criança sensível que não continha suas lágrimas diante da dor do próximo e se mantinha inquietada diante do inexplicado.

Na fase adulta, o confronto com a morte súbita do pai num ambiente hospitalar promoveu uma experiência inesquecível de inospitalidade, ao se deparar com o despreparo dos profissionais do hospital, tanto para comunicar a morte do ente querido, esclarecer sobre os procedimentos relativos ao óbito e as ações burocráticas a serem tomadas. O mesmo embate se deu quando da compra do caixão numa loja funerária, pois o atendimento se deu como em uma loja de sapatos. A ausência de atitudes educadas e adequadas em situações como estas, ressoa como um insulto, uma agressão à circunstância e a dor de quem sofre a perda de um ente.

O envolvimento acadêmico com a área da hospitalidade marcou o segundo motivo. No exercício da docência e coordenação do curso de especialização em Hotelaria Hospitalar, no SENAC, construído sobre os quatro pilares da hospitalidade, que consistem, segundo Camargo (2004) em saber receber, saber hospedar, saber alimentar e saber entreter, novamente reporta à reflexão sobre a questão da morte e do morrer, considerando esta uma situação inevitável a ser tratada, em especial, nos ambientes hospitalares.

A presente dissertação surgiu, assim, da afinidade pessoal e profissional com o tema que, diante de uma inquietação natural, resultou na busca por maiores informações, considerando a relevância da hospitalidade e da humanização no ambiente hospitalar, além de sua contribuição não somente para o bom termo das situações críticas, comuns em um hospital, mas também perante o defrontamento com o processo da morte de um ser humano, somado ao enlutamento de seus familiares. Tal preocupação, quando levantada e discutida no espaço acadêmico do Mestrado em Hospitalidade desta Universidade, direcionou esta pesquisa, no campo da hospitalidade, para o estado da arte da produção científica sobre hospitalidade e a morte no Brasil.

A produção científica tem relação estreita com a pós-graduação *stricto sensu*, face ao seu papel na construção e avanço do conhecimento científico e na formação de docentes e pesquisadores. Nesse sentido, destacam os seus produtos finais, ou seja, dissertações de mestrado e teses de doutorado, que constituem o objeto de estudo desta pesquisa, a seguir:

Dissertação de mestrado: na qual o candidato demonstra sua capacidade em trabalhar com diferentes teorias e pontos de vista elaborando uma síntese lógica delas, o que se faz mediante a revisão da literatura pertinente ao assunto estudado. A dissertação em geral agrega algum tipo de pesquisa empírica na qual estes conhecimentos são aplicados e testados. Tese de doutorado: na qual o candidato além de elaborar a síntese do conhecimento existente, acrescenta algum tipo de conhecimento novo ao tema elaborado. (DENCKER, 2004, p.116).

A presente pesquisa tem como objetivo primário analisar a produção de dissertações e teses que articulam as noções de hospitalidade e morte, a fim de responder ao seguinte problema: de que forma esses estudos relacionam e compreendem a hospitalidade e a morte no contexto das relações profissionais, familiares e individuais?

Essa problemática desdobra-se, na verdade, em três questões:

a) Como esses estudos analisam a troca simbólica entre o moribundo e seu núcleo familiar?

O homem de outros tempos privava da companhia de seus entes, no leito de morte, para cumprir o ritual da despedida e de forma natural o processo de sua finitude. Hoje, a sociedade em sua grande maioria, prefere, de forma prática, que tal processo se dê em um leito hospitalar, de preferência provido dos melhores recursos tecnológicos. Seria essa a sensação do dever cumprido, em relação à morte, adotado para o cotidiano da contemporaneidade?

b) Como esses estudos analisam a relação entre este indivíduo e aqueles que o assistem em unidades especializadas de saúde?

Compreende-se que os profissionais da saúde: médicos, enfermeiros e equipe da hotelaria hospitalar estejam orientados e envolvidos para a assistência ao processo de finitude de um paciente terminal e que a mesma seja extensiva aos familiares. O processo de luto inicia-se a partir da expectativa da perda tanto para quem parte como para os que ficam.

c) Como esses estudos analisam a auto-hospitalidade – a hospitalidade do indivíduo para com ele mesmo, no momento de sua morte?

Camargo (2004) refere-se à hospitalidade como “o ritual básico do vínculo humano”. Tal afirmação nos leva a refletir sobre a transversalidade do termo hospitalidade e sua relação não só com a existência entre os humanos, mas também com a morte do homem sobre os mais diversos aspectos.

Para fundamentar a descrição e análise das dissertações e teses acadêmicas que enfocam a hospitalidade no âmbito da morte, apresenta-se no primeiro capítulo o pensamento dos estudiosos ocidentais a respeito de: a) aspectos míticos, religiosos, literários e artísticos sobre a morte, a partir da antiguidade; b) evolução dos estudos sobre a morte na cultura ocidental e no Brasil, pesquisou-se os seguintes autores: Kübler-Ross (2005); Verdade (2006); Campbell (2006); Menezes (2004); Schopenhauer (2013); Coulanges (2001); Ariès (2012); Marton (2012); Elias (2001); Kovács (2012); De Franco (2010); Becker (2013); Maranhão (2008) e Howarth e Leaman (2004) e Gorer (1955).

No segundo capítulo aborda-se a hospitalidade, a partir de conceitos básicos, de suas aproximações com a morte, do papel dos hospitais e da introdução destes na chamada hotelaria hospitalar revestida em um conceito de humanização do atendimento; para tanto, foram pesquisados os seguintes autores: Camargo (2004); Mauss (2008); Grassi (2011); Derridá (1997); Le Grand-Sebille e Françoise Zonabend (2011); Marton (2012); Kovács (2012); Ariès (2012); De Franco (2010); Maranhão (2008); Coulanges (2001); Howarth e Leaman (2004); Guillaume (2011); Menezes (2004); Pessini (2005), Kovács (2012); Pessini (2004); Kübler Ross (2005); Gorer (1965); Bowlby (1985); Corrado (2011); Hennezel (2004); Miterrand (2004) e Verdade (2006).

O ponto de vista metodológico, tratado no terceiro capítulo desta pesquisa de estado da arte, tomou por base os conceitos apresentados por Volpato (2007); Spink (2006) e Ferreira (2002), que a considera de caráter bibliográfico e, também, como pesquisa documental, uma vez que se debruça sobre dois tipos de documentos (dissertações e teses).

Para identificação dos documentos, acessou-se o Banco de Teses e Dissertações da CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, cujos registros cobrem o período de 1987 a 2012. A pesquisa buscou, inicialmente, a elaboração do conjunto das produções científicas (teses e dissertações) por meio das palavras-chave “hospitalidade e morte”. Como o retorno não apresentou nenhum trabalho com estes descritores, realizou-se uma nova busca, desta vez com a palavra-chave “morte”, cujo resultado trouxe 1714 produções científicas. Estas produções foram submetidas a outras análises: tempo, nível educacional, área, programa, resultando, então, em 229 produções.

Com base no referencial teórico dos capítulos 1 e 2 definiu-se as categorias: Hospitalidade familiar; Auto Hospitalidade e Hospitalidade profissional.

A análise de conteúdo dos 229 resumos, desenvolvida com base no conceito de Bardin (2011) apresentou-se uma segunda amostra com 154 pesquisas científicas. A exclusão de alguns resumos deu-se pela apresentação incompleta de textos e insuficiência de informações que comprometeriam a análise.

A partir desta segunda amostra, realizou-se a caracterização geral dessas produções, cuja análise considerou: tempo, nível educacional, área, programa, instituição de ensino superior, região e palavras-chave.

No quarto capítulo, desenvolveu-se as análises temáticas em busca de um maior aprofundamento do estudo, cujas abordagens mapearam as três categorias (Hospitalidade Familiar, Auto-hospitalidade e Hospitalidade Profissional) e seus diferentes aspectos tratados no contexto da morte e hospitalidade.

Considera-se, portanto, que a análise da produção científica sobre hospitalidade e morte parece não ter precedentes, apesar da bibliografia sobre o tema “morte” apresentar-se de forma significativa. Espera-se, que a presente pesquisa contribua para ampliação da discussão sobre a temática da morte, no contexto da hospitalidade, por outros pesquisadores e instituições de ensino.

CAPÍTULO 1 - MORTE

1.1 Misticismo, religião, literatura e arte

O momento derradeiro se instaura. Os minutos pausadamente revertem-se em segundos enquanto as três irmãs Moiras se aproximam: Cloto, (fiandeira do fio da vida), Láquesis (sorteadora dos que vão morrer) e Átropos (a que corta o fio da vida). As Moiras representam o destino e preparam-se para direcionar a conclusão de mais uma existência.

A função mítica das Moiras é fiar, imutavelmente, o destino e o tempo de vida previsto para os humanos, pautado por alegrias, sofrimentos, sucessos e fracassos para cada indivíduo.

As Moiras aproximam-se do moribundo, sinalizam o instante final a Tântatos (personificação da morte).



Figura 1 – Cloto, Láquesis e Átropos. As Moiras, ou a nossa vida eternamente por um fio. Pintura óleo sobre tela. “Um fio de ouro”, de John Melhuish Strudwick, 1849-1937.

A divindade Tântatos surge transportando a faca (símbolo do corte da vida) em seu característico vulto negro e atrai a psique (alma) do moribundo para o mundo das sombras. Indica, numa atitude definitiva, o mortal às Queres que o dominam e atormentam seu corpo e espírito, ceifam sua vida, aniquilam sua consciência e arrastam sua alma para o Hades, o mundo subterrâneo.

As Queres, quando necessário, tomadas de sua força múltipla, podem abater de forma coletiva, cidades ou nações. Em sua força mítica, esta entidade define o estilo e a época da morte, além da forma de vida tanto de indivíduos como de comunidades.

A mitologia também apresenta, em suas variações, a fusão das Queres com as Moiras e Eríneas, chamadas de Fúrias pelos romanos. A função das Eríneas está centrada na vingança pelo

sangue derramado em homicídios familiares. Seu objetivo é manter a ordem social no contexto familiar.

Ao concluir a morte, a alma ruma ao barco de Caronte. O transporte é pago com a moeda colocada na boca do morto, quando de seu sepultamento. A alma que não tiver a moeda passa a penar às margens, no lodo do rio da Morte. O rio Aqueronte separa a região das trevas da região da luz, do Sol. As almas se ocupam do remo do barco, Caronte apenas indica a direção. Ao chegar no destino, a alma representada em sombra do que foi em vida, aguarda a decisão dos juízes.

Os juízes são representados por três figuras imparciais: Hades, Senhor das almas, (deus das sombras e dos mortos), Invisível (irmão de Zeus) e por último o deus Tempo (Cronos) que dá a palavra final.

A alma identifica dois caminhos adiante: o Tártaro - sofrimento eterno para os maus - e os Campos Elíseos - regado de abundância e beleza para os justos e bons.

A narrativa mitológica sobre o universo da morte tem como propósito provocar a reflexão sobre este instigante tema, assim como seus arquétipos e suas representações. Kübler-Ross (2005) apresenta uma narrativa de paciente durante o processo de terminalidade:

Eu recebia
Estranhos visitantes
À noite
Eles não vieram mais
Sinto falta deles... (KÜBLER-ROSS, 2005, p. 39).

Verdade (2006), apresenta em sua pesquisa sobre a troca simbólica da alma com a morte, detalhes sobre o poder da imaginação, da psique, quando descreve os deuses e seus respectivos papéis desempenhados no processo da morte, nas trevas e no julgamento das almas. Conduz-nos, inquietantemente, à uma reflexão arquetípica e ecologicamente mental sobre a morte.

A constituição desses recursos depende de operações mentais destinadas a “domesticar” a selvageria da morte; envolve criação ou resgate de universos de referências e valores para abrigar o horror coletivo diante da morte e sua fantasmática macabra (bestial, terrível, feroz), imagens evocadas pela metáfora do selvagem. (VERDADE, 2006, p.325).

Reforça a morte como destino certo da humanidade e o morrer como experiência passível de reflexão, discussão e aceitação. A familiarização com a morte permite domesticar sua selvageria, promovendo a reflexão criadora de sentidos.

Campbel (2006) discorre sobre a relevância da contribuição da mitologia para a educação e formação do homem.

As literaturas grega e latina e a Bíblia costumavam fazer parte da educação de toda gente. Tendo sido suprimidas, toda uma tradição de informação mitológica do Ocidente se perdeu. Muitas histórias se conservavam, de hábito, na mente das pessoas. Quando a história está em sua mente, você percebe sua relevância para com aquilo que esteja acontecendo em sua vida. Isso dá perspectiva ao que lhe está acontecendo (CAMPBEL, 2006, p. 4.).

Campbel (2006) enfatiza sobre a importância do conhecimento do homem por meio do resgate de sinais e processos históricos, de um povo ou de uma época. Tais registros contribuem como referências para a construção do conhecimento, por meio da análise, reflexão e quebras de paradigmas.

1.2 Interpretações da Morte

A característica misteriosa da morte remete o homem às incertezas e, por consequência, ao medo do desconhecido.

As representações da morte diferenciam-se nas mais diversas culturas e períodos históricos. Promovem de forma distinta os rituais de acordo com seu contexto social e crenças.

Os sentidos atribuídos ao processo do morrer sofrem variação segundo o momento histórico e os contextos socioculturais. O morrer não é então apenas um fato biológico, mas um processo construído socialmente, que não se distingue das outras dimensões do universo das relações sociais. (MENEZES, 2004, p. 24).

Na introdução à antologia *A arte de envelhecer*, Schopenhauer (2013) reflete sobre a morte “como o verdadeiro gênio inspirador da filosofia”. Ressalta a forma como o bramanismo e o budismo direcionavam o homem a não pensar a morte com a ideia da perda ou fracasso e reforça a postura da Índia em atribuir a ideia de “confiança e desprezo” à morte.

Nesse sentido o bramanismo e o budismo ensinam o homem ver-se como o próprio ser primordial, o Brama, que é essencialmente alheio a todo nascimento e a todo perecimento, são muito mais eficazes do que aquelas religiões para as quais o homem foi criado a partir do nada e que fazem com que sua existência, recebida de outrem, realmente comece com o nascimento. Por conseguinte, encontramos na Índia uma confiança na morte e um desprezo por ela que são inconcebíveis na Europa (SCHOPENHAUER, 2013, p. 4).

Schopenhauer (2013) destaca a complexa oscilação vivida pelos europeus em pensar a morte, ora tomados pela ideia de que a mesma promove um “aniquilamento absoluto”, e em outros momentos, por um sentimento de imortalidade.

Fustel de Coulanges (2001) contribui de forma expressiva com a pesquisa sobre a Morte. Em seus estudos publicados, originalmente em 1910, observava-se o comportamento social da raça indo-europeia, em especial os gregos e itálicos, e suas crenças sobre a alma e a morte naqueles tempos. Estas antigas gerações acreditavam que o ser humano, ao morrer, passava a viver no túmulo, que não havia separação entre o corpo e a alma e, para tanto, adornavam sua última morada com guirlandas florais, serviam alimentos e bebidas “e por vezes o sangue de uma vítima”.

Por mais que recuemos na história da raça indo-europeia, da qual as populações gregas e itálicas constituem ramos, sempre somos impelidos a observar que essa raça jamais julgou que após esta curta vida tudo estava terminado para o homem. As mais antigas gerações, bem antes do advento dos filósofos, acreditavam numa segunda existência a suceder esta. (COULANGES, 2001, p. 17 e 18).

Observou-se que esses povos encaravam a morte não como uma dissolução do ser, mas como uma simples transformação da vida. Mas em que lugar e de que maneira se viveria essa segunda existência?

Acreditava-se que o espírito imortal, uma vez egresso de um corpo, ia animar outro? Não. A crença na metempsicose nunca pode enraizar-se nos espíritos das populações grego-itálicas; não constituiu tampouco, a mais antiga crença dos arianos do oriente já que os hinos védicos a ela se opõem. Acreditava-se que o espírito ascendia ao céu, para a região da luz. Também não, visto que o pensamento de que as almas adentravam uma morada celeste pertence a uma época relativamente recente no

ocidente; a morada celeste era considerada exclusivamente a recompensa de alguns grandes homens e benfeitores da humanidade. Em conformidade com as mais velhas crenças dos itálicos e dos gregos, não era num mundo diferente deste que a alma ia viver sua segunda existência; permanecia bem próxima dos homens e prosseguia vivendo sobre a terra. Acreditou-se, inclusive, por muito tempo, que nessa segunda vida a alma permanecia associada ao corpo – nascida com ele, a morte não a separava dele: a alma se encerrava com o corpo no túmulo. Por mais velhas que sejam tais crenças, delas nos ficaram testemunhos genuínos. Estes testemunhos são ritos fúnebres, os quais sobreviveram em muito a essas crenças primitivas, mas que seguramente, nascidos com elas, podem nos promover suas compreensões. (COULANGES, 2001. p. 17-18).

Ariès (2012), em sua pesquisa pautada entre a Idade Média e meados do século XVIII, constata que no catolicismo ocidental, em especial na França, estabelecia-se uma relação muito próxima entre os vivos e os mortos. Reúne fundamentos da psicologia e sociologia, classificando a morte na evolução do tempo, a ser compreendida em suas atitudes e práticas sob quatro formas: *a morte domada, a morte de si mesmo, a morte do outro e a morte interdita*.

Já me havia interessado pelas atitudes diante da morte em minha obra *Histoire des polations françaises* [História das populações francesas]; além disso ficava espantando com a importância para sensibilidade contemporânea dos anos 1950 -1960, da visita ao cemitério, da devoção aos mortos e da veneração aos túmulos, impressionava-me a cada mês de novembro, com as correntes migratórias que levavam aos cemitérios, tanto na cidade como no campo, multidões de peregrinos. Perguntei-me de onde vinha essa devoção. Viria das profundezas das eras? Seria a sequência ininterrupta das religiões funerárias da Antiguidade pagã? Qualquer coisa no estilo sugeriria-me que essa continuidade não era exata, e que valeria à pena certificar-me deste fato. Este foi o ponto de partida de uma aventura de cujos riscos não suspeitava; não imaginava até onde poderia conduzir-me. (ARIÉS, 2012, p. 19).

A primeira forma classificada por Ariès (2012) é a *morte domada* compreendida como a anunciada ou precedida por meio de sinais. Percebida com naturalidade pelo homem mediante rituais que lhe permite se organizar para a passagem e compartilhar os últimos momentos com quem o cerca, familiares, amigos e vizinhos. Discorre sobre um cerimonial de partida, organizado: pelo lamento do moribundo em relação à vida, pela fala nostálgica sobre as coisas e pessoas amadas, pela oportunidade para o pedido de perdão aos que o cercam, pelo pensamento direcionado a Deus para assumir culpas e saudar o Pai celestial e pela obtenção da absolvição

divina. Para identificar a morte, apoia-se em exemplos extraídos dos romances medievais do século X, passa pelo Renascimento humanista em 1491. Busca D. Quixote no século XVII, cita detalhes sobre a simplicidade e aceitação de Lev Tolstói¹, no seu leito de morte.

A segunda forma classificada por Ariès (2012) é a *morte de si mesmo*. Retratada a partir da segunda fase da Idade Média, a partir dos séculos XI e XII. Esta forma, segundo o autor, acontece através de uma série de fenômenos que provocarão uma alteração no antigo pensamento sobre o destino coletivo da espécie humana. A ideia de continuação da vida após a morte, definida pelo Juízo Final, que sinalizava o paraíso ou o inferno, passa a dar lugar a um sentimento dramático e individual.

A análise das diversas representações artísticas sobre o Juízo Final, a partir do século XII, permitiu a Ariès (2012) mapear alterações marcantes do homem em relação à sua finitude. Uma nova visão o afasta da representação coletiva e natural da morte e o alerta para um julgamento individual, previsto para o final dos tempos, particular a cada indivíduo. O homem passa a se perceber solitário diante da morte.

O homem passa a ter consciência de si mesmo, de sua individualidade e, portanto, de sua biografia, reconhece o apego pelos seres e pelas coisas adquiridas durante sua existência e a se perceber solitário diante da morte. As sepulturas também passam por uma modificação, deixam de ser organizadas de forma coletiva nas igrejas para acolher os mortos em túmulos individuais.

Cabe aqui ressaltar a fala de Marton (2012), de que enquanto no Paganismo a morte ocupava todo um espaço com o direito de morrer, na religião cristã é a vida que passa a ocupar este espaço. Ressalta que diferentemente do Paganismo, no Cristianismo estabelece-se a ideia de sacralidade da vida e reforça que a vida é considerada um dom de Deus, dom esse que tem de ser preservado.

A terceira forma apresentada por Ariès (2012) é a *morte do outro*, constatada através do estudo de representações artísticas do século XVI ao XVIII. A análise retrata uma morte sofrida, cruel, trágica e apaixonante, onde o homem passa a exaltar e a dramatizar a morte, contudo já não se preocupa tanto com a própria morte, mas sim com a *morte do outro*.

A perda passa a ter um significado forte entre o homem e os que o cercam. As famílias são tomadas por relações mais afetuosas. Os sentimentos dos moribundos não são mais descritos em testamentos, mas sim verbalizados no momento da morte. O luto também passa a ser manifestado de forma ritualizada. A atenção e o sofrimento para com a *morte do outro* são

¹ Lev Tolstói (1828-1910) escritor russo e pacifista.

percebidos pela ruptura, pela lembrança, pela saudade que direcionam e inspiram o homem e o Estado ao novo culto dos túmulos, cemitérios, heróis e, por consequência, seus monumentos.

A quarta forma refere-se à morte interdita. Ariès (2012) destaca uma grande mudança de atitude do homem diante da morte no século XX. A sociedade moderna é tomada pela negação da morte. As pessoas se recusam a pensar na morte como uma fase natural da vida, o assunto passa a ser evitado. A criança não participa mais da morte. Tudo passa a ser omitido para ela que, inversamente, de acordo com o sociólogo Geoffrey Gorer², passa ver a morte como um tabu, ao contrário do caso do sexo que, antigamente reprimido na sociedade tradicional, agora é tratado de forma precoce na educação infantil. O assunto morte passou a ser postergado, proibido e na maioria das vezes tratado de forma lúdica.

O morrer em casa tornou-se inconveniente, segundo a visão de Ariès (2012). É preciso se distanciar da morte, do mórbido e preservar a sensação ininterrupta da felicidade coletiva da espécie. A sociedade moderna, em sua grande maioria, afasta o moribundo do ambiente doméstico, preferindo os ambientes hospitalares como último cenário para sua finitude.

Elias (2001) discorda da teoria da *morte domada*, proposta por Ariès (2012), apesar de reconhecer a importância da sua pesquisa. Para ele, a análise de Ariès se dá de forma romântica e precipitada, cuja elaboração indica uma suposição que distancia o fato da realidade da época.

Philippe Ariès, em seu instigante e bem-documentado História da morte no Ocidente, tentou apresentar a seus leitores um retrato vívido das mudanças no comportamento e atitudes dos povos ocidentais diante da morte. Mas Ariès entende a história puramente como descrição. Acumula imagens e mais imagens e assim, em amplas pinceladas, mostra a mudança total. Isso é bom e estimulante, mas não explica nada. A seleção de fatos de Ariès se baseia numa opinião preconcebida. Ele tenta transmitir sua suposição de que antigamente as pessoas morriam serenas e calmas. É só no presente, postula, que as coisas são diferentes (ELIAS, 2001, p. 19).

Para Elias (2001), o espírito romântico de Ariès olha com desconfiança para o presente inglório em nome de um passado melhor, embora seu livro seja rico em evidências históricas, sua seleção e interpretação dessas evidências deve ser examinada com muito cuidado.

² Geoffrey Gorer (1905-1985) sociólogo e escritor inglês.

É difícil concordar com ele quanto apresenta *Romans de la Table Ronde*. A conduta de Isolda e do Arcebispo de Turpin, como evidência da calma com que os povos medievais esperavam pela morte. Ele não diz que esses épicos medievais eram idealizações da vida cortesã, imagens seletivas que muitas vezes lançam mais luz no que o poeta e seu público julgavam que deveria ser do que no que realmente era. O mesmo se aplica a outras fontes literárias utilizadas por Ariès. Sua conclusão é característica e mostra sua parcialidade (ELIAS, 2001, p. 19-20).

Elias (2001) expressa sua crítica com relação ao aporte literário utilizado por Ariès; ressalta o distanciamento do autor da realidade social total, da época, para se ater apenas às expectativas de uma determinada classe. Reforça que a morte na Idade Média era um acontecimento comum, para as famílias e sociedade, contudo discorda que o acontecimento da mesma ocorresse de forma mais pacífica ou menos traumática. Ressalta que esta familiaridade com a morte não foi uma constância nos muitos séculos da Idade Média. Cita em especial o século XIV, que trouxe o crescimento das cidades e a chegada da peste na Europa. Tal evento resultou no medo e pavor da morte para as pessoas que, se não bastasse pelas circunstâncias, tinham tal medo reforçado pelos pregadores e frades mendicantes. Sublinha que a presença de outras pessoas por ocasião da morte, às vezes gerava conforto para o moribundo, dependendo da relação que elas tinham com o mesmo. Tanto poderia ser uma despedida dotada de afetividade emocionante, como poderia ser coroada por insultos e escárnios.

Kovács (2012) apoiada nos diversos estudos de Ariès, afirma que até os grandes guerreiros protagonistas de históricos heroicos, comportavam-se de forma simples na hora de sua morte.

Ocorria a cerimônia do perdão, a recomendação de sua alma e as despedidas dos companheiros. Dessas recomendações finais também fazia parte a eleição de sua sepultura. Nessa forma de viver o processo de morte percebe-se duas características principais: a simplicidade das cerimônias e o fato de ser um evento público. O moribundo deveria estar no centro das pessoas, e o maior temor era o de morrer só. (KOVÁCS, 2012, p. 30).

Tal necessidade registrada na Idade Média, em comparação com a atualidade, propõe uma reflexão sobre quão contrária a essa circunstância apresenta-se a morte na contemporaneidade. Antes, o homem familiarizado com a morte simplesmente a aceitava e a compartilhava com os vivos, tanto em seu leito de morte, como publicamente. De forma contrária, nos dias de hoje, o homem é recolhido à uma minúscula sala de UTI, passa a ser controlado por um número de registro num hospital e, provavelmente, se defrontará com a morte de forma solitária, cercado de

aparelhos e monitores eletrônicos que registrarão precisamente os últimos minutos e segundos de sua existência para compor o laudo de informações técnicas e clínicas em seu atestado de óbito.

O recalçamento da morte na sociedade atual imprime o aumento da segurança do homem em relação à sua expectativa de vida. Tal fato retirou a morte da vida pública. Os ritos funerários perderam a publicidade, antes comum, nas sociedades antigas e medievais.

1.3 O medo da morte

*Provisoriamente não cantaremos o amor,
que se refugiou mais abaixo dos subterrâneos.
Cantaremos o medo, que esteriliza os abraços,
não cantaremos o ódio porque esse não existe,
existe apenas o medo, nosso pai e nosso companheiro,
o medo grande dos sertões, dos mares, dos desertos,
o medo dos soldados, o medo das mães, o medo das igrejas,
cantaremos o medo dos ditadores, o medo dos democratas,
cantaremos o medo da morte e o medo de depois da morte,
depois morreremos de medo
e sobre nossos túmulos nascerão flores amarelas e medrosas.*

(Carlos Drummond de Andrade, “Congresso Internacional do Medo”)

O medo parece ter afastado o homem do diálogo com e sobre a morte. Não pensar a morte como processo natural de sua existência pode representar um certo conforto. Se possível não pronunciá-la, enquanto palavra, pode ser mais ameno e menos estressante.

Schopenhauer (2013) ressalta o temor do homem não somente pela própria morte, mas também seu sofrimento e compaixão quando se depara com a perda do outro. Paralelamente, aponta a morte como o mais alto grau de advertência quando aplicada como castigo, punição ou vingança e que tais circunstâncias nos levam a interpretar a morte como um grande mal.

Sendo a morte interpretada, na contemporaneidade, na maioria das vezes como uma tragédia, tornou-se corriqueiro aplicar-lhe alguns sinônimos, na tentativa de torná-la mais distante, menos real ou menos agressiva.

De Franco (2010) questiona a definição de morte encontrada em dicionários como “em oposição à vida, como fim da mesma”, ou ainda como “acabamento, homicídio, perda, destruição”.

Na linguagem popular brasileira, temos diversos “apelidos” à palavra *morte*. Os significados atribuídos socialmente a ela, bem como seus sinônimos, são numerosos. *Morte* dá origem a uma série de expressões que visam atenuar ou reelaborar o sentido “cru” desse vocábulo. A palavra *morrer*, por exemplo, pode ser substituída coloquialmente por: “passar desta para melhor”, “bater as botas”, “abotoar o paletó”, “fechar os olhos”, “adormecer”, “bater a cachola”, “ir para o andar de cima”, “dar cabo da vida”, “ir ao encontro de Deus”, “alcançar o paraíso”. Em todos estes casos o ato de morrer, ou seja, o verbo é que está sendo definido. A morte ainda fica sem definição. Alguns termos, sinônimos e expressões como “passamento”, “falecimento”, “o outro lado da vida”, “a malvada”, “a única certeza da vida”, tentam dar conta deste universo intraduzível e incognoscível”. (FRANCO, 2010, p. 15)

Diversas são as opiniões e impressões aplicadas à morte; suas interpretações fazem sentido de forma relativa, se considerarmos os períodos históricos, crenças e culturas, aplicadas à sua ocorrência. Precisamente, ainda não nos deparamos com uma definição ou conceito sobre morte e morrer de forma convincente. Daí a interminável e insistente discussão em torno da mesma.

Becker (2013) reforça a expectativa de vitória alimentada pelo homem e sua necessidade em compor um cenário heroico, “desde as eras primitivas e antigas”, e salienta que as características associadas à coragem e ao heroísmo estavam implícitas na figura do homem, que tinha o poder de transitar pelo mundo dos mortos e retornar vivo. Isso nos reporta aos cultos voltados para a morte e ressurreição. Cabe aqui destacar o papel do cristianismo e a celebração da Páscoa.

O grande triunfo da Páscoa é o grito de alegria “Cristo ressuscitou”, um eco da mesma alegria que os devotos de cultos secretos demonstravam em suas cerimônias da vitória sobre a morte. Esses cultos, como diz G. Stanley Hall com tanta propriedade, eram uma tentativa de alcançar “um banho de imunidade” em relação ao maior dos males: a morte e o terror dela. (BECKER, 2013, p. 32).

A visão heroica do homem colocada por Becker (2013) nos leva à reflexão da importância do homem em se posicionar de forma superior diante da vida, como também, da necessidade de

se apoiar em representantes dotados de heroísmo ou de ídolos nos quais possa se refugiar, buscar respostas e se fortalecer.

De Franco (2010, p.15) ressalta que “morte é, portanto, um corpo insubstancial”, ou ainda, “algo que existe num estado material estranho a tudo o que concebemos na vida”. Isto explica a necessidade do homem de se utilizar de eufemismos para tentar amenizar o termo morte e a sensação de mal-estar que o mesmo lhe revela.

Maranhão (2008) reforça a necessidade das pessoas, na contemporaneidade, recorrerem ao emprego de diversos termos, na tentativa de suavizar o significado da palavra morte. Falar de morte tornou-se pesado e o esforço em não a citar, explicitamente, parece camuflar o mau agouro ou o sentido de derrota que seu grotesco nome carrega.

Quando, porém, apesar de tudo é necessário fazer alusões a ela, recorreremos a eufemismos que ajudam a disfarçá-la. Assim dentro do contexto hospitalar, o paciente não morre: “expira”, “se perde na mesa”, “vai a óbito”, é “SWAT negativo” (“swat” – expressão utilizada para designar a equipe de reanimação cardíaca do hospital), ou, se está agonizando, é “paciente com síndrome de JEC” (Jesus está chamando). Mesmo nos comunicados de guerra não se fala em mortos, mas em desaparecidos: os soldados não morrem, “dão baixa”, “tombam no campo de batalha”. O morto, na linguagem policial é um “presunto” e o assassinato um “liquidar”[...]. Designando morrer como algo impessoal e os mortos como coisas, encobre-se o fenômeno. (MARANHÃO, 2008, p. 11).

Ariès (2012) aponta a origem do medo da morte por volta do início do século XIX, quando se constata a possibilidade de se confundir os seres vivos e os mortos, ou seja, o medo de ser enterrado vivo e a ameaça da morte aparente. Segundo Ariès (2012), a ameaça de morte aparente, definitivamente, marca o início do medo da morte no ocidente. O terror causado por pessoas dadas como mortas que acordavam durante o velório, provocando manifestações de alvoroço e comoção, promoveu a necessidade da criação de regras para as cerimônias de enterro, considerando os processos de verificação daquela época ainda imprecisos. A partir de então, estipulou-se o prazo de 48 horas para a realização do velório e consequente confirmação da morte, o que também se aplicaria aos mortos destinados a procedimentos de dissecação. Vale ressaltar que esta regra se aplica até os dias de hoje, e que este temor ainda se faz presente na contemporaneidade.

Becker (2013), em seu estudo sobre a negação da morte, constata a forte tendência do homem em se sentir como um herói. Preso a um narcisismo, desde a mais tenra idade, tenta se sobrepor e a vencer as adversidades de sua trajetória, contudo sem compreender a morte como um processo natural da vida. Ainda que a evolução da ciência e da tecnologia tenham contribuído com as conquistas surpreendentes para a evolução da humanidade, o enfrentamento da morte ainda se apresenta como um grande desafio para o ser humano.

A primeira coisa que temos de fazer com o heroísmo é pôr à mostra o seu avesso, mostrar o que dá à atividade heroica humana a sua natureza e seu ímpeto específicos. Apresentamos aqui, de imediato, uma das grandes redescobertas do pensamento moderno: de todas as coisas que movem o homem, uma das principais é o seu terror da morte. Depois de Darwin, o problema da morte como problema evolucionário ficou em destaque e muitos pensadores viram logo que se tratava de um grande problema psicológico do homem³. Viram, também com muita rapidez, o que era o verdadeiro heroísmo, como escreve Shaler bem na virada do século⁴. O heroísmo é, antes de qualquer coisa, um reflexo do terror da morte (BECKER, 2013, p. 31-32).

A necessidade de vencer a morte é premente na trajetória humana.

O que mais admiramos é a coragem de enfrentar a morte; damos a esse valor a nossa mais alta e mais constante adoração. Ele foca fundo em nossos corações porque temos dúvida sobre até que ponto nós mesmos seríamos valentes. Quando vemos um homem enfrentando bravamente a sua extinção, ensaiamos a nossa própria vitória. E assim o herói tem sido alvo de honra e aclamação desde, provavelmente, o início da evolução humana. Mas, mesmo antes disso, nossos ancestrais primatas acatavam aqueles que eram extrapoderosos e corajosos, ignorando os que fossem covardes. O homem elevou a coragem animal ao patamar de culto (BECKER, 2013, p. 31-32).

Kovács (2002) pontua a necessidade das religiões e da filosofia em questionar e explicar a origem e o destino do homem. Compreende que, quer seja por históricos ou experiências de

³ S. Freud, "Thoughts for the Times on War and Death," 1915, *Collected Papers*, Vol. 4 (Nova York: Basic Books, 1959), pp.316-317.

⁴ Cf., por exemplo, A.L.Cochrane, "Elie Metschnikoff and His Theory of na'Instinct de la Mort", *International Journal of Psychoanalysis*, 1934, 15:265-270; G.Stanley Hall, "Thanatophobia and Immortality", *American Journal of Psychology*, 1915, 26:550-613.

vida cultural e/ou familiar, o ser humano carrega dentro de si “uma morte”, ou a sua própria ideia da morte, pautada por uma interpretação única, individual.

Desde todos os tempos o homem desafia e tenta vencer a morte. Nos mitos e lendas, essa atitude é simbolizada pela morte do dragão ou monstro. Os heróis podem conseguir tal façanha, mas os mortais não. E o homem é um ser mortal, cuja principal característica é a consciência de sua finitude – isso o diferencia dos animais, que não têm essa consciência. Portanto, obnubilar, apagar essa consciência não seria um retrocesso? (KOVÁCS, 2002, p. 2).

Schopenhauer (2013) reforça que apenas o homem carrega consigo a certeza de sua morte de forma abstrata, e que esta certeza, infelizmente, o invade em momentos aleatórios, normalmente quando este se aflige diante de alguma situação de ameaça ou desconforto. Ressalta que o que predomina no homem é a segurança, em seu aspecto mais íntimo, de que o mesmo é a própria natureza e o mundo, e que, em virtude desta cega segurança, o homem vive e se comporta como um imortal.

Para De Franco (2010), a morte pode ser abordada de duas formas na contemporaneidade: “pela via do ridículo ou do sinistro”. A via do ridículo refere-se ao “humor macabro” oriundo dos filmes de terror, um entretenimento mórbido e bizarro, onde a morte se apresenta de forma ridícula, estúpida, inviável, impossível e, por consequência, distante de nós humanos. Tal deboche nos reporta às manifestações das danças macabras cuja função era expor ao homem o “ridículo da efemeridade da vida e inevitabilidade da morte”, na tentativa de promover um “escape” do homem ao horror da morte.

Com relação à via do sinistro, De Franco (2010) aponta o “nojo, medo e estranhamento”. Ressalta que o estranhamento se instaura pelo fato de não a aceitarmos e por isso ela passa a ser absorvida como um fato alheio, não familiar e, conseqüentemente, surpreendente.

Maranhão (2008) atesta ter havido uma inversão na atualidade do tabu do sexo para a morte. Considera a excitação do ser humano em ter um estreito vínculo com o macabro e, para tanto, nos chama a atenção para o alto consumo de filmes de terror e a grande popularidade de personagens ligados ao “mundo da morte”.

Os temas macabros segundo Kovács (2012), baseada nos estudos de Ariès, cumprem retratar as “coisas que não se vê”, as chamadas “cenas insólitas”. Sendo assim, encontramos imagens que retratam a morte sobre vários aspectos, seja a morte invadindo o quarto do doente com caixão nos ombros, ou na alternância da dança entre mortos que tentam capturar os vivos,

enquanto estes, por sua vez, tentam se desvencilhar de seu enlace, não se entregando à cadência da dança, numa tentativa de não ceder ao intento da morte.



Figura 2: Dança da Morte, Hans Holbein – 1538

A decomposição também é retratada sob vários aspectos a serem observados, desde a morte até o dessecamento total do esqueleto – cujo tema iconográfico pode ser encontrado como a morte seca no século XVII e XVIII.

Ainda com relação aos temas macabros, pode-se encontrar representações como a poeira reportando à terra ou às cinzas, num significado de purificação do corpo pelo fogo.



Figura 3: O triunfo da morte, Pieter Bruegel – 1569

A Figura 3 retrata o triunfo da morte e seu poder coletivo, comprovado por meio das guerras e grandes catástrofes, assim como a fragilidade do homem diante da vida. Vale ressaltar a imagem do esqueleto conduzindo uma carga de ossos.

Os temas macabros também estão ligados à questão da decomposição dos corpos vivos ou a morte nas profundezas da vida relacionadas à velhice, doença e morte. As epidemias também inspiraram as representações para o macabro, com imagens de valas lotadas de corpos mortos.

Para Ariès (2012) os temas macabros não estão diretamente ligados à provocação do medo pelo julgamento final ou do mistério que há na morte. Na verdade, retratam o grande amor e apego do homem pelas coisas terrenas e sua grande dificuldade de se afastar de seus bens e das pessoas que ama.

Becker (2013) ressalta a necessidade normal do homem de autopreservação. Portanto, a natural sensação de terror à morte deve estar implícita em seu cotidiano e, por outro lado, estabelece o paradoxo quando reforça um “esquecimento total” do homem em relação ao medo da morte em seu dia a dia.

De qualquer forma, tudo indica que o homem jamais se afastará totalmente do medo ou do temor pela morte. Contudo ele não pode viver focado somente nesta possibilidade de perda ou de derrota em sua trajetória. Não se pretende aqui definir tal questão, mas provavelmente a busca pelo equilíbrio seja a melhor saída, pois, ainda que o mesmo carregue a certeza de sua própria finitude, ele não consegue impor tal questão como premissa principal em seu dia a dia. Considerando o histórico particular de vida de qualquer pessoa, reprimir o medo pela morte torna-se necessário em algumas circunstâncias; pois segundo a visão de Becker (2013), tal necessidade ocorre naturalmente para que o homem possa se munir de inspiração, de sonhos e vivenciar com entusiasmo sua rotina diária, a fim conquistar o que almeja durante sua existência.

1.4 A beleza da morte

Ariès (2012) ressalta que, no século XIX, o homem adota uma forma mais amena e romântica para encarar a morte, a qual denominou de “doçura narcótica”, ou a beleza da morte entoada pelos poetas. A morte nessa iminência é compreendida como um refúgio, como algo bom e necessário para dar sossego e descanso às pessoas. Passa a ser um ganho ou um repouso para o moribundo e ainda que represente um desafio para quem o assiste, passa a emitir menos medo.

A possibilidade de reencontrar a pessoa amada, após a separação da morte, romantiza a ruptura causada pela mesma, faz nascer uma ansiosa expectativa de recomeço e retomada de relações afetuosas numa possível vida eterna.

Kovács (2012) aponta que a morte neste momento histórico passa a ser esperada como um porto seguro. O autor ressalta que o tempo da bela morte refere-se em especial à morte dos jovens, tomados pela tuberculose com seus rostos corados pela febre. Morrer jovem podia ser interpretado como um privilégio por poder escapar das agruras da vida, do envelhecimento e da dependência pautada pela limitação física. A morte passa a ser uma possibilidade positiva de mudança e pode ser esperada com alegria. Torna-se um espetáculo onde o moribundo, como protagonista, quando lúcido, expressa suas emoções, assistido por seus entes ou espectadores que por sua vez expõem seus sentimentos com exaltação e dramaticidade, por reconhecerem o grande significado na perda das pessoas queridas e não na perda das posses.

Nesta época, ocorre, inclusive, dar pouca importância às causas das mortes ou ao tipo de doença que tomava o moribundo, pois a possibilidade do reencontro, na eternidade, afastava a sensação do “nunca mais”. Tal fato abre a reflexão sobre a continuidade da vida após a morte e dá abertura à discussão sobre o Espiritismo.

Nos Estados Unidos são escritos livros de consolação para a ocasião da morte de uma pessoa querida, com o intuito de valorizar a lembrança e confirmar a possibilidade de reencontro na eternidade. Nessas obras há uma descrição da vida celeste. Ariès cita, como exemplo, o de Elizabeth Stuart *Between the Gates*, Gates Ajar, no qual é descrita a vida cotidiana dos habitantes do céu, seus hábitos, ocupações, criação dos filhos e divertimentos. Esse é o caminho aberto para o desenvolvimento do Espiritismo, no qual médiuns intermediam a comunicação entre os mortos e os vivos. Crê-se na autonomia do espírito, que é a parte imortal do ser. (KOVÁCS, 2012, p. 60).

Surge, na França, em 1854, a doutrina Espírita, fundada por Allan Kardec. O Espiritismo teve grande repercussão no Brasil e passou a ser tema de grandes debates em cursos de teologia, inclusive na Europa. A crença na continuidade da vida permite aos que assim acreditam, amenizar o sofrimento da alma por meio de orações, obter o consolo devido à possibilidade da comunicação espiritual entre pessoas vivas e mortas, além de contar com a chance de um reencontro definitivo com seus entes num cenário de vida eterna.

O espiritismo do século XIX já foi visto como uma reação contra o clima de materialismo expresso na ciência, na indústria e na tecnologia.

Colocou a ênfase no mundo espiritual e abriu caminho para o seu acesso, por oposição ao mundo mecânico. (HOWARTH e LEAMAN, p. 211, 2004).

Com a valorização do mundo espiritual e a compreensão para o sofrimento causado por doenças ou pela dor da perda, o homem passa a encontrar no espiritismo respostas à várias questões, antes tidas como intrigantes. A morte sob esta interpretação tornava-se suave e necessária dentro daquele contexto.

Esta crença favorece o que tanto se desejava, a reunião entre vivos e mortos, abrandando a dor da separação. É o momento que se pode rezar para que a alma não vá para o inferno, pois as orações salvam da condenação. A bela morte pertence ao moribundo; podem surgir sentimentos fortes que precisam ser expressos. Assim, tanto é belo o morto como belos são os sentimentos expressos por ocasião da perda. (KOVÁCS, 2012, p. 61).

O espiritismo registra, sob esta ótica, uma nova interpretação a ser dada a morte: a possibilidade da comunicação entre mortos e vivos, bem como a possibilidade da reencarnação, tende a simplificar a ideia da morte, que passa a ser percebida como algo belo, direcionado ao aperfeiçoamento espiritual num processo contínuo alternado pelo nascer e o morrer.

1.5 A banalização da morte

A sociedade contemporânea parece ter camuflado a morte no cotidiano. Para que falar de morte, se se pode falar da vida, dos sonhos, das conquistas, da superação, do sucesso e por que não dizer do poder?

Kovács (2012) denomina a banalização da morte no fim do século XX e início do século XXI, como a “*morte escancarada*”.

Morte escancarada é o nome que atribuo à morte que invade e ocupa espaço, penetra a vida das pessoas a qualquer hora. Pela sua característica de penetração, dificulta a proteção e o controle de suas consequências: as pessoas ficam expostas e sem defesas. (Kovács, 2012, p. 147).

A morte escancarada citada por Kovács (2012), diferentemente da morte reumanizada que é tratada num processo gradual e voluntário, é brusca, repentina, invasiva e involuntária.

Toma, por exemplo, as mortes provocadas por violência urbana, acidentes e homicídios, além da morte noticiada por veículos de comunicação em especial pela televisão.

Vale ressaltar, que tal banalidade está relacionada à exposição brutal de situações de mortes que podem ocorrer diante dos olhos de qualquer pessoa, num espaço público. Cabe aqui incluir aquelas ocorridas em situações de guerras, conflitos políticos, sociais e ainda as naturais provocadas por catástrofes (*tsunamis*, terremotos, deslizamentos de terra, alagamentos, incêndios e outros).

O caráter impessoal devotado à morte pela televisão é tratado por Kovács de forma repreensiva, pois ao noticiar uma tragédia de forma surpreendente relacionada à violência e morte, sob a assistência inclusive de crianças, repentinamente pode aparecer um comercial sobre amenidades, fazendo com que a gravidade do fato anterior perca totalmente a atenção ou a preocupação daqueles que o assistem.

Reconhece-se aqui o importante papel dos meios de comunicação em levar a informação ao conhecimento público. Contudo, em sua maioria, a divulgação diária das notícias, considerando a realidade atual em termos mundiais e nacionais, chega aos olhos e ouvidos das pessoas como algo corriqueiro e quase natural. Os noticiários sobre catástrofes, surtos, epidemias, crimes e vandalismo de toda a ordem, também promovem reações de espanto aos espectadores, contudo, paradoxalmente, tornaram-se quase corriqueiros na rotina diária da sociedade contemporânea.

Becker (2013), por sua vez, chama a atenção para a complexa interpretação e/ou dificuldade da criança em lidar com a questão da morte, seja por sua formação natural pautada desde a mais tenra idade pelo narcisismo, que de acordo com sua teoria, a possibilita com um simples choro ou grito conseguir atendimento às suas necessidades (fome, dor, higiene, falta de conforto), como também pelas interferências ou hábitos originários do meio em que vive. Seu contexto cultural e modelo educacional contribuem, significativamente, para formar um conjunto de símbolos e representações à sua compreensão sobre aniquilamento, tanto relacionado a ela como a terceiros em sua infância.

Elias (2001) também ressalta os impulsos afetivos reconhecidos no comportamento da criança em relação à morte, e sua dificuldade em distinguir fantasia da realidade. Ao sentirem raiva diante de uma repreensão ou negativa, podem expressar o desejo de matar e pensam que podem matar de forma mágica. Expressam suas emoções de forma natural. Tais sentimentos podem reverberar na fase adulta desta criança uma certa culpa quando a mesma se depara com a

morte de seus pais. O sentimento de culpa e o medo da punição, por ter em algum momento lhes desejado a morte, podem se fazer presentes nesta fase adulta.

Sem dúvida, a aversão dos adultos de hoje a transmitir às crianças os fatos biológicos da morte é uma peculiaridade do padrão dominante da civilização nesse estágio. Antigamente as crianças também estavam presentes quando as pessoas morriam. Onde quase tudo acontece diante dos olhos dos outros a morte também tem lugar diante das crianças. (ELIAS, 2001, p. 26).

Frases prontas e elaboradas podem ser usadas para tentar convencer a criança que se depara com a morte de um ente querido ou conhecido, na tentativa de esconder a finitude da criança: “sua irmãzinha virou uma estrela”, ou “sua avó agora está lá no céu olhando por nós”. Este ocultamento se dá também de forma coletiva na sociedade que prefere não se pensar mortal.

Vale aqui destacar a observação de Kovács (2012), em sua crítica pela banalidade atribuída à morte em meios televisivos:

Fulton e Owen (1987/1988) apontam para estatísticas alarmantes: crianças que nasceram nas décadas de 1950 e 1960, portanto a primeira geração televisiva, já viram 10.000 homicídios, estupros e outras formas de violência e agressão. Em seu afã de entreter e divertir, a televisão apresenta programas extremamente violentos, mesmos que embalados numa linguagem para crianças, como por exemplo o desenho *Tom e Jerry*. (KOVÁCS, 2012, p. 149).

Reforça-se, portanto, a necessidade de a televisão rever a melhor forma de noticiar a morte sobre seus vários aspectos, e apesar de reconhecer que “não existe um antídoto para a morte escancarada”, Kovács (2012) propõe um maior cuidado para a exposição destes assuntos num formato mais apropriado e elaborado.

Outra questão importante, comparada à Idade Média, é que a morte mudou de lugar no cenário contemporâneo. Deixou de ocorrer no ambiente doméstico para ser consumada em ambientes hospitalares. Atualmente, afastar o doente do ambiente doméstico para morrer num hospital, traduz a necessidade familiar em justificar para a sociedade o seu esforço e atenção em buscar, ao máximo, os recursos tecnológicos ofertados pela medicina moderna. Como se não bastasse, tal atitude também reflete a atual necessidade social de privar os vivos do compartilhamento ritualístico e da estética da morte do moribundo em seu processo de finitude.

A visão do morto tornou-se algo incômodo, vergonhoso. Olhar para um morto, força o indivíduo a refletir sobre a vida e o desarma ao pensar na própria finitude.

Retome-se aqui a morte em sua fase interdita pesquisada por Ariès (2012). Durante milênios, o moribundo foi o senhor soberano de sua morte e das circunstâncias da mesma. Desta forma, o moribundo nunca era privado de sua morte, pois de certa forma a presidia. O nascer em público e o morrer em público eram situações naturais na Idade Média.

Hoje, a situação se apresenta de forma inversa. O que existe é uma dissimulação coletiva entre familiares, profissionais da saúde, partindo-se do princípio de que o doente deve ser poupado da gravidade ou da irreversibilidade de seu quadro clínico. Esta nova forma de lidar com a morte do outro dá preferência à ignorância do doente pelo seu próprio estado de saúde ou tempo de vida (salvo em algumas situações).

Ariès (2012) aponta o “quase monopólio afetivo da família” como a grande causa em tentar propiciar, entre os seus, um estado de felicidade completa e ininterrupta distante da doença da tristeza e da morte.

Ora, a partir do século XVII o homem deixou de exercer sozinho a soberania de sua própria vida e, conseqüentemente, de sua morte. Dividiu-a com sua família. Esta, antigamente, era afastada das decisões graves que ele devia tomar diante da morte, e que tomava sozinho. (ARIÈS, 2012, p. 222).

O moribundo, mesmo ciente de seu fim, entrega-se, na maioria das vezes, à vontade e às decisões da família pela natural dependência da situação; evita falar de sua morte para evitar constrangimentos e por achar que estes buscam apenas lhe proporcionar o seu bem.

Para Elias (2001) o processo da morte se organiza por meio de fases específicas e individuais para cada pessoa. Fala da morte gradual, do adoecer, do envelhecer e do morrer. Enfoca a fragilidade do idoso doente, elemento determinante para promover o “afastamento dos que envelhecem dos vivos”.

Tanto a fragilidade quanto a dependência, por vezes extrema, contribuem para o afastamento do velho de seu núcleo familiar; e ainda que confusos, pouco sociáveis, atenciosos ou ainda menos envolvidos com o que os cerca, tudo o que mais precisam é do apoio e do olhar do outro.

Elias (2001) reforça a difícil condição dos velhos e dos moribundos expostos à sua fragilidade e finitude na sociedade contemporânea. Normalmente são impelidos a um isolamento

social, privam-se do convívio familiar, distanciam-se de seus círculos de amizade e da sociedade. São transportados para um estágio, laureado de medo e insegurança. Ressalta que o curso do desenvolvimento social se encarrega de mudar o questionamento sobre a natureza da morte.

Kübler-Ross (2008), médica psiquiatra, nascida na Suíça, dedicou-se ao tratamento de pacientes terminais. Tal encargo lhe permitiu desenvolver um longo trabalho de escuta, atenção e carinho a diversos doentes em sua hora derradeira.

A extensa pesquisa de Kübler-Ross resultou na descrição dos vários estágios da dor que acompanha o doente em seu processo de finitude. Por meio de seminários e grupos de pesquisa, contribuiu de forma significativa para o avanço da Tanatologia, área que estuda a morte em seu contexto científico.

No outono de 1965, quatro estudantes do seminário Teológico de Chicago pediram minha colaboração num projeto de pesquisa que estavam desenvolvendo. Deviam compilar um trabalho sobre as “crises da vida humana” e eles eram unânimes em considerar a morte como a maior crise que o homem enfrenta. Depois de uma pequena reunião, decidimos que a melhor forma de estudar a morte e o morrer era pedir que os pacientes em fase terminal fossem nossos professores. Observaríamos os pacientes gravemente enfermos, examinaríamos suas reações e necessidades, avaliaríamos o comportamento dos que os cercavam e procuraríamos nos aproximar o máximo possível do moribundo (KÜBLER-ROSS, 2012, p. 26).

Kübler-Ross (2008) ressalta que durante sua trajetória profissional esbarrou com rejeições por parte de alguns colegas da área da saúde, porém não se deteve. Sua disposição em prosseguir com as pesquisas sobre a morte e o morrer, superaram todos os obstáculos e perseguições. Indagou médicos, capelães e enfermeiras-chefe e observou que todos se preocupavam com o fato de como o paciente toleraria a “verdade” diante de um diagnóstico irreversível. Percebeu que alguns médicos até diriam a verdade a seus pacientes, contudo temiam provocar-lhes uma crise emocional com a notícia. Outros preferiam notificar o paciente sobre uma doença séria, mas preocupavam-se em não lhe tirar a esperança da cura.

[...] “verdade. “Que verdade”? Pessoalmente, acho que esta pergunta jamais deveria ter surgido como um verdadeiro conflito. A questão não deveria ser “devo contar? ”, mas “como vou dividir isso com meu paciente? ” (KÜBLER-ROSS, 2012, p. 33).

Kübler-Ross (2012) apresenta com ineditismo os cinco estágios de perdas significativas enfrentados por pacientes em estágios terminais:

- a) **Negação:** reação provocada quanto se recebe a notícia da morte de alguém ou da notificação de uma doença grave ou irreversível. Esta negação aparecia na pesquisa tanto para os que passavam a saber desde o início, como os que descobriam durante o tratamento.
- b) **Raiva:** reação que substitui a negação, quando esta última deixa de ser possível. O indivíduo pode ser tomado por sentimentos de raiva, revolta, ressentimento e inveja e, naturalmente, surge a pergunta: “Por que eu?”.
- c) **Barganha:** tentativa de negociação, em reparação à raiva, e em estabelecer uma reconciliação com outros e com Deus, ou ainda uma tentativa para obter um maior tempo, para vivenciar alguma situação pessoal ou familiar. A maioria das barganhas são combinadas com Deus, em segredo ou compartilhadas com o líder religioso.
- d) **Depressão:** neste estágio o paciente apresenta-se frágil, emocionalmente e fisicamente. A sensação de perda o invade. Ele teme perder o próprio corpo, seus entes queridos, bens materiais e a participação social e profissional. Tende ao silêncio, recusa a se alimentar, a ter contato com pessoas e a se abstrair do mundo externo.
- e) **Aceitação:** observada em pacientes que usufruem de um tempo necessário para perceberem a proximidade do fim (o que não se aplica a pacientes vítimas de morte súbita). Reforça que a aceitação não poder ser interpretada como um processo de felicidade, mas, sim, compreendida como a necessidade do paciente se afastar da dor da separação dos que ama, optando por um isolamento espontâneo. Neste momento a família também sofre e precisa ser ajudada tanto quanto o paciente. Enquanto uns se debatem até perderem as forças e entrarem no estágio da quietude ou aceitação, outros se entregam de forma tranquila, assumindo a compreensão de sua própria finitude.

Versos de uma paciente terminal de Kübler-Ross que permitem registrar as impressões do seu processo de passagem:

Vozes sussurrando, Beth, Beth,
Você não pode mais ficar
Mãos ao longe a me segurar

Ajudando-me na minha passagem.
 Eu não mais sofrerei de dor
 Não mais sentirei essa dor
 Então me despeço e vou bem agora
 Eu não a verei novamente (KLUBER-ROSS, 2005, p. 37).

Kübler-Ross (2012) afirma que os estágios não ocorrem, necessariamente, na mesma ordem. Podem acontecer de forma alternada e nem tampouco precisam ser vivenciados nas cinco etapas identificadas.

A extensa pesquisa de Kübler-Ross contribuiu de forma significativa para estabelecer parâmetros para o cuidado prestado a pacientes com doenças crônicas ou em situações de saúde irreversíveis, além de propor maior humanização por parte de médicos, enfermeiros, cuidadores, familiares e demais pessoas que venham a interagir e assistir um ser humano em seu processo de finitude.

1.6 Evolução dos estudos sobre a morte na cultura ocidental e no Brasil

Segundo Menezes (2004), durante algumas décadas do século XX são poucas as referências sobre o tema da morte e do morrer. A morte passa a ser vista como tema de estudos no campo das ciências sociais a partir de 1960, após a Segunda Grande Guerra, por alguns pesquisadores que passam a perceber uma mudança significativa nas práticas e representações atribuídas à mesma pela sociedade. Tal observação por parte dos pesquisadores deu-se pelo fato da grande transformação social decorrente do pós-guerra, que permitiu de forma privilegiada a observação da “crescente institucionalização e rotinização dos cuidados aos doentes”.

Menezes (2004) reforça que a fragilização dos vínculos sociais era notória, devido à necessidade de ocultamento e exclusão social dos moribundos, bem como aos doentes carentes de cuidados. Relata que, em meados de 1970, abre-se uma grande reflexão entre os pesquisadores das ciências sociais sobre os “motivos do silêncio em torno da morte e do morrer nas sociedades ocidentais”. (p.25)

A mudança da relação do homem moderno com a morte é constatada. A partir daí o meio intelectual passa a produzir publicações de denúncias e questionamentos sobre o ocultamento da morte, que passa a ser reconhecida como tabu característico da modernidade.

Gorer (1955) imprime com ineditismo o questionamento sobre o tabu da morte na sociedade moderna com a publicação do artigo “*Pornography of death*”. Nele, Gorer ressalta que a morte teria destronado o sexo como tabu; o sexo passaria a fazer parte do diálogo do cotidiano, ao passo que a morte identificada como lenta em decorrência de doenças crônicas e degenerativas, passa a ser ocultada, pouco mencionada e torna-se, portanto, objeto de tabu.

Cabe aqui tomar por base o criterioso resumo de Maria Júlia Kovács sobre a evolução dos estudos sobre a morte no exterior e no Brasil.

Segundo Kovács (2008), os estudos sobre a morte e o morrer nos Estados Unidos foram marcados com a publicação do livro *The Meaning of Death* (1959) – (O Significado da Morte), por Herman Feifel. A obra, fruto de uma compilação de Feifel sobre um simpósio realizado em 1956 sobre a morte e o morrer, promoveu maior consciencialização sobre o tema juntamente com as produções: *Death in American Society* (1963) - (Morte na Sociedade Americana) e *Death and Identity* (1965) – (Morte e Identidade) pelo autor *Talcott Parsons*. As edições destas duas últimas obras, realizadas por Robert Fulton em 1963, culminaram com o início do primeiro curso formal de estudos sobre a morte na Universidade do Minnesota-EUA.

A partir daí, vários títulos passaram a ser lançados e se caracterizaram como obras pioneiras sobre a temática da morte. Dada a sua relevância histórica, vale citá-los: *Awareness of Dying* (1965) – (Consciência de Morrer) e *Time for Dying* (1968) – (Tempo para Morrer), por Barney Glaser e Anselm Strauss; *The Nurse and the Dying Patient* (1967)- (A Enfermeira e o Paciente Moribundo), por Jeanne Quint Benoliel; *Passing On: The Social Organization of Dying* (1967) – (Passando por: A Organização Social de Morrer), por David Sudnow e *On Dying and Denying: A Psychiatric Study of Terminality* (1972) - (Sobre morrer negando: Um Estudo de Psiquiatria da Terminalidade), por Avery Weiman.

Paralelamente a este movimento, Elizabeth Kübler-Ross (2008), psiquiatra suíça, humanitária e cofundadora do movimento mundial de cuidado de pacientes terminais, lança em 1969 o livro *Sobre a Morte e o Morrer*. Kübler-Ross quebrou paradigmas e trouxe um olhar inovador para a questão da assistência para a terminalidade humana.

Reforçando o interesse geral das pessoas pelo assunto, em 1970, Edwin Scheidman obtém um retorno surpreendente por meio de um questionário publicado na revista *Psychology Today*, com o título *You and death* – (Você e a morte). O questionário obteve o retorno de 30.000 pessoas, superando os 10.000 retornos de um outro questionário sobre sexo. Ou seja, constatou-se que apesar da discussão sobre morte representar um tabu, concluiu-se que as pessoas estavam inclinadas a discutir o assunto.

Atualmente, nos Estados Unidos, é possível encontrar cursos sobre morte em instituições de nível superior e em universidades, além de organizações voltadas para o aconselhamento de educação para a morte e cuidados paliativos. Dentre elas, vale destacar a *Association for Death Education and Counseling* - ADEC (Associação para a Educação e Aconselhamento da Morte), fundada em 1976, cujo objetivo consiste em: a) estabelecer redes de interação com profissionais que lidam com o tema da morte; b) promover encontros, workshops e material escrito com foco na divulgação do assunto sobre a morte e o morrer; c) incrementar a educação para a morte e o preparo de profissionais para atuação na área da saúde.

As várias publicações de Elizabteh Kübler-Ross revolucionaram a forma como o mundo pensava sobre a morte e o morrer. Seus livros resultam de várias pesquisas com pacientes acometidos pela AIDS, crianças em fase terminal ou idosos em situação de saúde irreversível.

No Brasil, segundo Kovács (2008), os estudos sobre a morte e o morrer passaram a ganhar maior proporção na década de 1980 e tiveram como marco a realização do Seminário “A Morte e os Mortos na Sociedade Brasileira”, em 1980, coordenado pelo Professor José de Souza Martins do Departamento de Sociologia da Universidade de São Paulo. As palestras apresentadas no evento resultaram na organização e publicação do livro “A morte e os mortos na Sociedade Brasileira” em 1983 pelo próprio Prof. José Martins.

Paralelamente, surge o Instituto de Pesquisa Psicossociais na Fundação Getúlio Vargas no Rio de Janeiro, fundado por Wilma Torres e a realização do “I Seminário sobre Psicologia e a Morte”, na Fundação Getúlio Vargas do Rio de Janeiro.

Segundo Kovács (2008), Wilma Torres foi a primeira psicóloga brasileira a se dedicar à sistematização da área de Tanatologia no Brasil. O material do Seminário foi compilado no livro “Psicologia e Morte” na Fundação Getúlio Vargas do Rio de Janeiro. Wilma Torres também propôs a criação do curso “Estudos e Pesquisas em Tanatologia”, a fim de ampliar estudos e pesquisas na área.

Em 1984, realiza-se em Minas Gerais o I Congresso de Tanatologia e Prevenção do Suicídio sob a coordenação de Evaldo D’Assumpção, que também resultou na publicação da obra “Morte, suicídio, uma abordagem multidisciplinar”.

Na área da enfermagem, Kovács (2008) chama atenção para os trabalhos de Magali Roseira Boemer e Elizabeth Ranier Martins do Valle, ambas docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Em 2005, Fernandes e Boemer lançam o livro “O Tema da morte em sua dimensão pedagógica”.

Em Campinas-SP, Roosevelt Cassorla desenvolve pesquisa sobre o tema do suicídio e publica as seguintes obras: “Da morte: estudos brasileiros” e “Do suicídio: estudos brasileiros”, ambas lançadas em 1991.

Kovács (2008) ressalta a criação do curso, pioneiro, de “Tanatologia e Educação para Morte” em 2007 para a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob a coordenação de Franklin Santana, e a publicação do livro “A arte de morrer: visões plurais”, no mesmo ano, organizado por Franklin Santana e Dora Incontri.

No Brasil, Kovács (2008) cita duas instituições como fontes de referência para os estudos sobre a morte e o morrer: o Laboratório de Estudos sobre o Luto (LELu), na Pontifícia Universidade Católica – SP e o Laboratório de Estudos sobre a Morte (LEM), no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, cujos objetivos assemelham-se aos da ADEC dos Estados Unidos.

Cabe ressaltar que atualmente temos um grande acervo de livros e teses sobre o tema da morte no Brasil e propostas de disciplinas de graduação, pós-graduação e extensão em vários cursos da área da saúde. (KOVÁCS, 2008, p. 458).

Não é de se estranhar, que o volume de estudos sobre o tema seja mais extenso do que se imagina. Kovács (2012) afirma que o registro das manifestações sociais, em relação à morte e às formas de rituais e enfrentamento, são de extrema importância para se construir uma base inicial para o trabalho de educação de profissionais da saúde na sua lida diária com a morte.

As sociedades da Antiguidade e Idade Média já interpretaram a morte de forma natural através de rituais mais elaborados. Contudo, o mundo moderno e o avanço tecnológico direcionaram o homem para o imediatismo e para um heroísmo insaciável e altamente competitivo.

1.7 Síntese do capítulo

A considerável literatura encontrada sobre a temática da morte destaca um interesse especial dedicado aos estudos, à pesquisa comportamental, cultural, religiosa e psicológica do homem em relação a sua finitude.

A mitologia grega e o universo tanatológico parecem ter contribuído para a elaboração dos arquétipos que compõem o imaginário, a simbologia e a psique do indivíduo em relação à morte.

A morte sofreu várias formas de interpretações no decorrer do tempo, se considerarmos as sociedades e seus contextos históricos, confirmados por Ariès (2012) e Elias (2001).

Observa-se que nas sociedades indo-europeias a morte não era compreendida como uma aniquilação do ser, mas sim como uma simples transformação da vida. Considerados sagrados, os mortos, naquela época, eram reverenciados como deuses pela sociedade. Recebiam manifestações, através de uma profusão de sentimentos, alternados entre o amor e o temor à sua divindade.

A classificação da morte nas quatro formas apresentadas por Ariès (2012), em seus estudos sobre as atitudes do homem diante da morte nas culturas cristãs e ocidentais, (*a morte domada; a morte de si mesmo; a morte do outro e a morte interdita*) passa a nortear a todos os demais autores que se voltaram à pesquisa sobre a morte e o morrer.

Vale ressaltar que a *morte domada* “cobre uma longa série de séculos, da ordem do milênio”. A *morte de si mesmo* refere-se às mudanças na Idade Média. Enquanto *a morte do outro e a morte interdita* tratam das atitudes do homem praticadas na contemporaneidade.

A constatação da negação da morte na contemporaneidade é reforçada pelo sentimento narcisista do homem e sua postura heroica diante do mundo. A “mentira vital” citada por Becker (2013) retrata a tendência humana em se manter afastada do reconhecimento da própria finitude. Elias (2001) discorre sobre a triste solidão dos moribundos e o afastamento do velho do contexto social. Nos reporta à necessidade do homem em reprimir a mortalidade. Idosos e moribundos, muitas vezes, privados do convívio social e familiar, mantêm-se contidos em sua fragilidade e conservam o medo e a insegurança em relação a seus destinos.

Ainda que a morte tenha sido encarada de forma bela por conta do romantismo registrado no século XIX, o medo em relação a ela sempre se fez presente. Até hoje o homem busca se apoiar em eufemismos para enfrentar o termo *morte*.

De maneira contraditória, no século XX, a sociedade se defronta com a banalização da morte ou com a morte escancarada, estampada pela violência urbana, pelas guerras, pelo terrorismo e catástrofes naturais. Tudo isso somado a forma inadequada utilizada por veículos de comunicação, em especial a TV, atinge de forma comprometedor a formação da criança e sua interpretação sobre a morte e o morrer.

Contrariamente ao que aconteceu com o sexo, a morte se tornou um tabu. Diversos autores constatarem esta inversão de papéis. Antes era o sexo que não podia ser comentado ou sequer reconhecido pelas crianças, que de forma natural participavam dos rituais de despedidas junto a moribundos e familiares em seus leitos de morte, assim como dos cortejos fúnebres. Contrariamente àquela época, atualmente o sexo é discutido e apresentado à criança de forma natural e aberta, enquanto a morte é escondida, não comentada e pouco participada por este público.

A evolução dos estudos sobre a morte no Brasil, a apresentada por Kovács e sua extensa pesquisa sobre o tema, sinalizam para uma crescente literatura sobre o tema. Literatura, esta, pautada sobre diversos aspectos relacionados a comportamento, interpretações e atitudes praticadas pelo homem em relação a sua finitude.

A contribuição de Kübler-Ross sobre a morte e o morrer e, em especial, os cinco estágios de perdas significativas enfrentados por pacientes em estágios terminais, nos revela uma longa estrada a ser percorrida pelo homem em sua individualidade, pelos familiares e os laços que os unem a seus entes, além dos profissionais da saúde e da morte. Propõe-se aqui, segundo Kübler-Ross, reconhecer a morte como um processo de evolução e não apenas de aniquilamento.

Pensar a morte como um processo natural pode trazer maior sentido à vida, partindo-se do princípio de que o significado da vida só faz sentido se comparada à morte. A imortalidade provavelmente privaria o homem de preocupações com o futuro, assim como das angústias relacionadas às perdas e o tornaria menos cuidadoso para com as escolhas de suas atitudes diante do mundo.

CAPITULO 2 – HOSPITALIDADE E MORTE: DIMENSÕES TEÓRICAS

2.1 Conceitos de hospitalidade

Camargo (2004) define a hospitalidade como o “ritual básico do vínculo humano”. Observa que os estudos sobre a hospitalidade tomaram como base o ensaio de Mauss sobre a dádiva, que define os três deveres tratados nas relações sociais nas sociedades arcaicas, compreendidos em: dar, receber e retribuir.

Daí decorre a noção de hospitalidade como um conjunto de leis não escritas que regulam o ritual social e cuja observância não se limita aos usos e costumes das sociedades ditas arcaicas ou primitivas. Continuaram a operar e até hoje se exprimem com toda força nas sociedades contemporâneas (CAMARGO, 2004, p. 17-18).

Grassi (2011) sinaliza as sutilezas que permeiam a hospitalidade ou o ato de acolher, com foco na complexidade ambígua que se estabelece nas relações entre quem recebe e quem é recebido.

A hospitalidade se apresenta como uma ponte frágil e perigosa estabelecida entre dois mundos: o exterior e o interior, o fora e o dentro. Tentativa de igualização, de nivelamento, seu desafio é a ultrapassagem, a abolição dos espaços, a penetração dos territórios, a admissão (GRASSI, 2011, p. 45).

Grassi (2011) apresenta o conceito de hóspede e sua ambiguidade. Explica que o termo *hôte* [hóspede/hospedeiro] em francês designa ao mesmo tempo o outro e eu mesmo, o que acolhe e o que é acolhido. A autora ressalta que desde a Antiguidade, a hospitalidade é praticada em obediência a um código de acolhimento, revestido de uma sacralização, onde acolher o outro é o mesmo que receber Deus, sem saber, ou obedecer a Deus ou aos deuses.

Derrida (1997) expressa a hospitalidade incondicional como genuína e necessária nas relações de troca entre as pessoas, baseando seus estudos nos fluxos migratórios. Para ele, a hospitalidade se traduz numa lei não escrita, por considerá-la essencialmente genuína, a mesma não se encaixa no contexto de regras, que, por sua natureza, descaracterizariam a autenticidade do vínculo humano.

2.2 Tempos e espaços da hospitalidade

Camargo (2004, p. 52) define as diferentes instâncias da hospitalidade como “o ato humano, exercido em contextos doméstico, público ou profissional, de recepcionar, hospedar, alimentar e entreter, pessoas temporariamente deslocadas de seu habitat”. Com foco na operacionalização desse conceito, constrói um (quadro) conjunto de tempos e espaços da hospitalidade sustentados pela dinâmica de quatro pilares, conforme abaixo:

ESPAÇOS	TEMPOS			
	Recepcionar	Hospedar	Alimentar	Entreter
Doméstica	Receber pessoas em casa, de forma intencional ou casual.	Fornecer pouso e abrigo em casa para pessoas.	Receber em casa para refeições e banquetes.	Receber para recepções e festas.
Pública	A recepção em espaços e órgãos públicos de livre acesso.	A hospitalidade proporcionada pela cidade e pelo país, incluindo hospitais, casas de saúde, presídios.	A gastronomia local.	Espaços públicos de lazer e eventos.
Comercial	Os serviços profissionais de recepção.	Hotéis	A restauração	Eventos e espetáculos. Espaços privados de lazer.
Virtual	Folhetos, cartazes, folders, internet, telefone, e-mail.	Site e hospedeiros de sites.	Programas de mídias e sites de gastronomia.	Jogos e entretenimento na mídia.

Quadro 1: Os tempos e espaços da hospitalidade humana

Fonte: Camargo (2004, p. 84).

O conjunto de tempos e espaços da hospitalidade apresentados por Camargo (2004), inspira a ousadia de interpretar a hospitalidade para a morte por meio da dinâmica por ele estabelecida. O resumo das formas de hospitalidade em torno da morte apresentadas, por Catherine Le Grand-Séville e Françoise Zonabend (2011), relaciona: a hospitalidade ao moribundo e a hospitalidade para com o morto. Sendo que na hospitalidade para com o morto apresentam a seguinte subdivisão: cuidar dos mortos, hospedar os mortos, conservar os mortos, alimentar os mortos e lembrar os mortos. Discorrem sobre as formas de hospitalidade dispensada aos mortos pela sociedade e reforçam a necessidade do homem fazer sociedade com os mortos, seja em assistir aos moribundos, em se ocupar daqueles que morreram, ou em confortar os enlutados pela perda.

Ora, analisando o quadro de Camargo (2004) e tomando por base o resumo das formas da hospitalidade propostas por Catherine Le Grand-Séville e Françoise Zonabend (2011), ousa-se aqui interpretar a morte e o processo de morrer como uma das instâncias da hospitalidade. Tentar-se-á interpretar os rituais vinculados às relações dos indivíduos quando envolvidos com as questões da morte e do morrer, por meio dos tempos e espaços amparados pelos quatro pilares da hospitalidade propostos por Camargo (2004).

2.3 Hospitalidade ao moribundo

A hospitalidade ao moribundo pode se dar tanto num hospital ou num hóspice (locais onde se praticam cuidados paliativos) no cenário contemporâneo, como também no espaço doméstico. Vale lembrar que na Idade Média ser assistido em sua doença e morte no ambiente doméstico era um privilégio para as pessoas - tal cerimônia era considerada pública. Portanto, a recepção de pessoas que intencionalmente se propunham a visitar ou conversar com um moribundo e seus entes num espaço doméstico, certamente induz ao cumprimento dos rituais de hospedagem, alimentação e entretenimento. Para Camargo (2004), ainda que a noção de hospitalidade não envolva necessariamente o ato da hospedagem, não há como deixar de incluir nesta categoria o calor humano dedicado a alguém, seja por gesto de afeto, de segurança, ainda que por alguns momentos.

2.4 Hospitalidade para com o morto

As sociedades, independentemente de épocas, culturas e crenças sempre cumpriram, cada uma a seu modo, rituais de atenção e acolhida para com seus mortos e entes queridos. Tais gestos e ritos inserem-se no contexto da hospitalidade por caracterizarem um conjunto de ações dispensadas, de forma especial, tanto ao homem em sua condição moribunda, quanto em sua condição de cadáver.

2.4.1 Cuidar dos Mortos

Na hospitalidade para com o morto, o “cuidar dos mortos”, pode ser interpretado como a necessidade de atenção a ser dispensada ao corpo do morto, tido antes como pessoa e agora como cadáver. Esta nova condição configurada em outra instância de sua trajetória de vida, requer um ritual de acolhimento e cuidado para com sua nova condição física e social, cujas formas variam de acordo com sua cultura, crença e *status* social.

Considerando o conceito de Camargo (2004) sobre os tempos e espaços da hospitalidade, compreende-se que tais circunstâncias exigem tanto de quem morre quanto de quem o assiste, necessariamente, um espaço, que pode ser num ambiente doméstico, numa instituição de saúde, neste caso um espaço comercial ou até mesmo em espaço público, se considerarmos os hospitais públicos ou ainda a ocorrência da morte em local público. Os procedimentos não se encerram ao tratamento do corpo e nas formalidades burocráticas, mas estendem-se ao velório, também realizado em espaços públicos ou comerciais. Em caso de rituais organizados para a morte de pessoas notórias (políticos, artistas, escritores, outros) normalmente cumpre-se a organização de velórios em espaços públicos, como por exemplo a Assembleia Legislativa de São Paulo, ou ginásios desportivos; além do cerimonial fúnebre protocolar, a busca de apoio junto as instituições como Corpo de Bombeiros para o cortejo e policiamento local para manutenção da segurança e da ordem, são comuns em ocasiões como estas.

Convém citar os serviços da empresa Funeral Home, fundada em setembro de 2008, cuja oferta de serviços foi inspirada nos velórios americanos. Casas semelhantes podem ser encontradas em Miami e Nova Iorque, nos Estados Unidos e em Buenos Aires. A mansão está localizada na Rua São Carlos do Pinhal, em São Paulo, tem capacidade para quatro velórios simultâneos. Dispõe de salas com sofás, cadeiras e bufê. Prestam serviços como agendamento da missa, anúncio no jornal, comunicação aos familiares sobre a morte. Transportam o responsável para cumprir assinaturas de documentos. Entregam uma rosa para cada um dos presentes, vidrinhos com velas aromáticas e até o “bem-velado” – versão fúnebre do “bem-casado”,

tradicional doce distribuído em festas de casamento. Produzem vídeos com a retrospectiva de vida do morto, possibilitam a transmissão do velório pela internet e oferecem tratamento estético para o cadáver.

O casarão dispõe de uma capela e sala com televisão e computadores com acesso à internet. Atualmente, sinaliza a Gerente da *Funeral Home*: “os amigos fazem as homenagens no velório e deixam o enterro para a família mesmo. Não é regra, mas tem acontecido cada vez, mais”, diz.

Neste desdobramento de atenção e de renúncia para com os mortos, de alternância entre hospitalidade e hostilidade, Catherine Le Grand-Séville e Françoise Zonabend (2011) constataram o afastamento ocidental das dimensões simbólicas e públicas por parte de todas as sociedades (antigas, contemporâneas, longínquas ou próximas) em relação à morte, entre contexto doméstico e coletivo e suas preocupações diferenciadas com as formas do morrer.

Após o cumprimento dos rituais de passagem dispensados aos moribundos, os homens cumprirão suas práticas em manifestações das mais diversas, em cerimônias fúnebres orientadas por suas culturas.

Nos rituais assimilados pela Europa Cristã, compreende-se a boa morte como a preparada e esperada. Cumpre-se a visita do padre ao moribundo, seguida de confissão e absolvição; neste momento, a presença do padre se sobrepõe à figura do médico, representada pelo bem morrer.

Segundo Le Grand-Séville e Françoise Zonabend (2011), é impossível elencar a variedade de ritos e festas que as sociedades têm elaborado para reconhecer a morte e acolher os mortos. De maneira geral, todas cumprem o objetivo de auxiliar o morto a enfrentar o desconhecido, o outro mundo, afastar o corpo da convivência dos vivos e dos riscos da contaminação e, por fim, prestar solidariedade aos que sofrem com a perda ou separação de seu ente.

2.4.2 Hospedar os Mortos

Para hospedar os mortos compreende-se que a todo defunto, após o cumprimento dos ritos funerários, é destinado um abrigo para que prossiga em sua jornada da morte, portanto a hospitalidade para com o morto se instaura desde o seu estado moribundo, estende-se após sua morte, por meio da realização dos rituais de preparação de seu corpo, de despedida, de sepultamento e de lembranças.

Cabe aqui novamente retomar Camargo (2004) em sua reflexão sobre as práticas nos tempos e espaços sociais da hospitalidade humana. Para hospedar os mortos, faz-se necessário a utilização de espaços públicos tais como cemitérios e/ou a utilização de crematórios. Os espaços comerciais também se inserem, se se levar em conta todo o segmento comercial que se movimenta em torno dos negócios do luto. Contratos e negociações com cemitérios, além de empresas que trabalham com o gerenciamento do luto na esfera comercial, compra de urnas ou caixões, flores e demais serviços do segmento funerário, tais como traslados, *buffets*, etc.

Catherine Le Grand-Séville e Françoise Zonabend (2011) atestam que diversas são as maneiras encontradas pelos homens para abrigarem seus mortos, contudo todas carregam a particularidade de apelar como lugares naturais – a terra, a água, o ar, o fogo.

Qualquer que seja o tipo de sepultamento aplicado a um cadáver, compreende-se como manifestações de cuidados as facilidades que permitem contribuir para o cumprimento dos rituais pré-determinados à realização da passagem do morto para o outro mundo. Marton (2012) discorre sobre o direito de morrer reconhecido e vivenciado pelos povos da Antiguidade. Reforça a intimidade daquele povo com a morte a ponto de suas casas serem construídas, naturalmente, ao lado das tumbas de seus entes queridos. Viviam, portanto, a época do Paganismo e interpretavam a vida e a morte como algo imbricado.

O filósofo Michel Serres bem mostra que, no paganismo, se está diante de outra maneira de pensar, agir e sentir. Ele faz ver que, etimologicamente, o termo pagão (em latim, *paganus*, que significa camponês) provém do vocábulo latino *pagus*, que deu origem também às palavras país e paisagem. *Pagus* queria dizer campo de lavoura; e tanto podia designar um campo de trigo como um pedaço de vinhedo ou uma pequena horta. Cada *pagus*, cada campo de lavoura, possuía algo sagrado: o espírito que o governava; e este era o ancestral que nele havia sido enterrado. Isso garantia que determinado *pagus* fosse propriedade de determinada família, mas também assegurava que este *pagus* constituísse o lugar dos ritos que essa família realizava. (MARTON, 2012, p. 1).

O enterro dos corpos dos entes queridos, próximo às moradias conotava para o Paganismo um ato de sacralidade para com a terra e para com seus ancestrais. Eles acreditavam que enterrar o morto ao lado da casa, tornava tanto o solo como o corpo do morto sagrados. Compreendiam o homem como um fruto da terra, o que nos reporta à citação bíblica em Gênesis 3:19, em relação à origem do homem, “...porque tu és pó e ao pó da terra retornarás”.

Kovács (2012) ressalta que, diferentemente dos pagãos, os cristãos preocupavam-se em enterrar os mortos perto dos santos, nas igrejas, por acreditarem que os mesmos exerciam proteção ao corpo, além das orações, até o dia do juízo final. As basílicas e catedrais ficavam apinhadas de corpos protegidos pelos santos e ao mesmo tempo próximos dos vivos, frequentadores da igreja.

Os considerados malditos sofriam o abandono nos campos ou monturos. Os suicidas, eram enterrados em cemitérios específicos, não recebiam bênçãos, tinham suas mãos cortadas para que não repetissem o ato contrário as leis divinas e seu caixão dava entrada no cemitério por cima dos muros. Eis aqui um exemplo de hostilidade dispensada aos mortos.

Com o passar do tempo, a Igreja precisou rever suas regras de sepultamento. O aumento da população forçou-a a limitar o enterro em seu interior para padres, bispos e monges.

O Concílio de Braga em 563 proibiu o enterro dentro das igrejas, permitindo o enterro perto dos muros do pátio. Apenas os Santos Padres poderiam ser enterrados próximos dos altares.

Segundo o Concílio de Rouen, um século após o Concílio de Braga, somente três categorias de pessoas teriam direito a sepultamento em igrejas: os religiosos, consagrados a Deus, os que receberam dignidades e honras da Igreja, os nobres ou pessoas que se destacaram na prestação de serviços em nome de Deus e em causas públicas. Aos demais indicava-se os cemitérios.

Ariès (2012) ressalta que nem todos os demais iam para os cemitérios. Muitos eram enterrados em valas comuns, bastava ser pobre e não poder comprar um lugar na igreja ou cemitério. Atesta-se aqui a diferença entre o rico e o pobre na hora da morte desde aqueles tempos.

No Egito antigo, a prática da mumificação de sacerdotes e de pessoas de posses registra o ritual funerário praticado naquela época. Assim como os cristãos, eles acreditavam na vida após a morte e que o homem precisava de um corpo adequado para acolher sua alma quando deste mundo partisse. Para tanto, cumpria-se a retirada de alguns órgãos do morto que eram depositados em determinados vasos. O corpo era desidratado, recebia substâncias químicas e perfumes para a conservação, antes de ser enfaixado em linho, juntamente com alguns amuletos. Por fim, era acondicionado em um sarcófago e conduzido à uma pirâmide.

De Franco (2010) ressalta a importância da morte para a sociedade egípcia e sua preocupação com o devir⁵. Os egípcios preparavam seus mortos, por meio da mumificação dos corpos, para uma jornada em busca de uma ideia de eternização ou infinitude.

Na Europa cristã, tinha-se por hábito sepultar os mortos em cemitérios coletivos, inicialmente, dentro e em torno da igreja. Com os regulamentos sanitários, transferiram-se os cemitérios para os limites da comunidade, contudo aplicando-se uma distância confortável entre os vivos e os mortos.

Estas formas de sepultamento, por sua vez, sofreram transformações, por conta das representações que tinham em relação ao tratamento aos mortos. Os cemitérios, inicialmente muito próximos dos vivos, sofreram um afastamento da comunidade, posteriormente passaram a depositar os mortos em fossas comuns organizadas por corpos empilhados de forma promíscua, anônima e desprovida de hospitalidade. Com o passar do tempo, reorganizaram os cemitérios urbanos, os do campo, seus grupos religiosos, étnicos, identificados por classe social, ressaltando suas diferenças e identidades particulares.

Outras maneiras de hospedagem dispensada aos mortos podem ser realizadas com a ajuda de outros elementos: o ar, utilizado para acolher defuntos expostos em lugares distantes da população, prática utilizada pelos antigos persas que expunham o cadáver “num local elevado e descoberto voltado para o sol”, longe dos vivos que, ao depositarem o corpo no local, fugiam imediatamente para não serem tocados pelos “demônios da morte” do local utilizado para a cremação.

A todo defunto, após o cumprimento dos ritos funerários, é destinado um abrigo para que prossiga em sua jornada da morte, portanto a hospitalidade para com o morto se instaura desde o seu estado moribundo, estende-se após sua morte, por meio da realização dos rituais de preparação de seu corpo, de despedida, de sepultamento e das lembranças marcadas por comemorações vinculadas às datas de falecimento ou Dia dos Finados.

2.4.3 Conservar os mortos

Segundo Le Grand-Séville e Françoise Zonabend (2011), para conservar os mortos, o culto dos túmulos, suas maneiras de arranjar e conservar as sepulturas, faz do cemitério o espaço privilegiado da hospitalidade dos mortos. Reforçam a tentativa dos vivos em estabelecer uma

⁵ Devir: vir a ser; passar a ser; tornar-se. Fonte: AULETE ONLINE. Disponível em: <http://www.aulete.com.br/devir>. Acesso em: 18 jul. 2015.

comunicação com os mortos por meio da conservação de seus túmulos, “pelo sagrado” com a realização de missas e orações e “pelo profano” com a manutenção dos túmulos e ornamentações. Compreende-se aqui uma reciprocidade estabelecida entre vivos e mortos num imaginário de cuidado mútuo e de igualdade de benefícios.

Vale ressaltar a importância da conservação dos túmulos e o apego dispensado a eles por meio das pessoas que se recusam a mudar do local onde vivem próximas a seus mortos, quando se deparam com a impossibilidade de cuidarem das sepulturas de seus entes e compreenderem a distância como uma atitude de afastamento e atenção para com os finados.

Novamente ousa-se reportar à Camargo (2004) e aos serviços relacionados aos negócios do luto, construção de lápides, contratos de conservação do túmulo, além do Turismo Funerário reconhecido como um atrativo e gerador de receitas do ponto de vista comercial.

De Franco (2010), em seu estudo sobre os cemitérios de São Paulo, afirma que a ideia de tumba surgiu da necessidade espiritual de dar ao morto uma casa. Explica que desde a pré-história o homem tenta imprimir um significado à morte e exercita sua compreensão acerca das diferenças entre o corpo e alma. A ideia de dar uma casa a um morto, cujo corpo entrará em decomposição, reporta a elaborações em torno da essência humana, ou seja, daquilo que permanece para além dessa existência. A partir daí, inicia-se o processo de inumações em grutas funerárias.

Vale ressaltar também a contribuição do estudo dos cadáveres para a evolução da medicina e farmacopeia a partir do século XIX, bem como a tendência ao embalsamamento, apontada por Ariès (2013).

Maranhão (2008) fala sobre a estratificação das condutas funerárias no presente.

No decurso desses últimos séculos presenciamos uma radical mudança das práticas funerárias e dos sentimentos e pensamentos a elas associados. Não obstante, algo permaneceu inalterado: visível estratificação das condutas funerárias, reflexo das existências de uma sociedade de classes. (MARANHÃO, 2008, p. 36).

Maranhão (2008) ressalta a arquitetura, o urbanismo e a comercialização aplicada a alguns cemitérios tradicionais. Denomina-os como “sociedade dos vivos” devido a ambientação composta por avenidas, ruas, praças e jardins. Reforça quem em algumas metrópoles podemos nos deparar com arranha-céus, com fornos crematórios sofisticados e nos chama a atenção para as especulações voltadas tanto para o solo urbano como para o cemiterial.

Por outro lado, vale dizer que, atualmente, denúncias sobre abusos e corrupções praticadas por alguns profissionais do Instituto Médico Legal - IML e serviços funerários da cidade de São Paulo, tornaram-se frequentes. Queixas sobre cobrança de taxas abusivas e indevidas para os procedimentos de tanatopraxia (procedimento de preparação do cadáver para o funeral com técnicas que previnem o comprometimento da decomposição do corpo durante o velório) como também pela venda casada de caixões com flores, além da cobrança de taxas para a obtenção de atestados de óbitos e maior agilidade para a retirada de pessoas mortas em suas residências, atualmente são frequentes.

Tais atitudes descaracterizam o foco da prestação de serviço dos profissionais da saúde e empresariado da morte. Sinalizam um possível aproveitamento da fragilidade emocional, das famílias enlutadas que buscam com ansiedade agilizar questões de ordem burocráticas e ritualísticas para o sepultamento de seus entes queridos.

2.4.4 Alimentar os mortos

A comensalidade também citada por Camargo (2004) em sua análise de tempos e espaços da hospitalidade, também se faz presente nas formas de hospitalidade prestada aos mortos, citada por Le Grand-Séville e Françoise Zonabend (2001).

Sobre alimentar os mortos, Fustel de Coulanges (2001), citado no primeiro capítulo desta pesquisa, apura em seus estudos sobre o comportamento das sociedades indo-europeias, em especial as grego-italicas, a prática da oferenda de alimentos aos mortos durante os rituais funerários.

Essas velhas crenças persistiram por muito tempo, e sua expressão ainda se encontra entre os grandes escritores da Grécia: “Derramo sobre a terra do túmulo — diz Ifigênia em Eurípides — leite, mel e vinho, pois só assim podemos contentar os mortos (18)⁶.” — “Filho de Peleu — diz Neoptólemo — recebe esta bebida tão grata aos mortos; vem, e bebe este sangue (19).⁷” — Electra faz libações e diz: “A bebida penetrou na terra; meu pai a recebeu (20)⁸.” — Eis a prece de Orestes a seu pai defunto: “Ó meu pai, se eu viver, receberás ricos banquetes; mas, se eu morrer, não terás parte nas mesas fumegantes onde os mortos se alimentam (21)⁹.” (COULANGES, 2001, p. 15)

⁶ Demóstenes, In Leptin., 107. Xenofonte, Gov. da Laced.,10.

⁷ Aristóteles, Política, V, 6, 2.

⁸ Idem, ibid., V, 1, 5. Tucídides, I, 13, 2

⁹ Aristóteles, Política, II, 6, 14.

De Franco (2010) discorre sobre os romanos que exibiam suas tumbas em locais para a admiração dos passantes. Acreditavam que alguma atividade vital prosseguia com o morto. Decoravam as tumbas com flores, vinhos, alimentos e objetos de uso pessoal. Animais também podiam ser sacrificados e seu sangue ser servido como oferenda. Costumavam também celebrar os aniversários e morte com um banquete.

No Japão, acredita-se que, no dia dos mortos, estes retornam para suas antigas residências durante três dias. As famílias, por sua vez, organizam altares nas residências e compartilham com eles suas refeições. O retorno dos mortos é organizado com a colocação de lâmpadas flutuantes sobre os rios para que a correnteza os leve para junto de seus ancestrais.

Neste sentido, Le Grand-Séville e Françoise Zonabend (2011) afirmam que os mortos são hóspedes como outros quaisquer e recebem, portanto, seu quinhão de ritos, de acolhida e de bom regresso.

No México, as comemorações nos dias 1º e 2 de novembro são precedidas por preparativos dois dias antes da festa dos mortos. Preparam-se os pratos preferidos dos falecidos, põe-se a mesa juntamente com oferendas, na espera de que eles retornem para saborear a comida e visitar os vivos.

Para as crianças mortas, em especial, os mexicanos preparam o “espalhar das flores” para recepção da “festa dos pequenos” em 31 de outubro. Alguns vilarejos acendem fogueiras em suas portas para iluminar o caminho do regresso das almas dos pequeninos às suas antigas residências, a fim de que não se percam. Na noite seguinte, recebem os mortos adultos na festa dos “grandes” ou dos velhos. Em 2 de novembro compartilham a festa da “troca dos pratos”, comemoram com a troca de pratos entre afilhadas e madrinhas.

Diferentemente, o *Halloween* também conhecido como o “Dia das Bruxas” é comemorado em 31 de outubro. Celebração típica da cultura norte-americana e de países de língua inglesa como Canadá, Escócia Inglaterra e Irlanda; as pessoas comemoram esta festa de origem pagã com jovens e adolescentes mascarados com trajes assustadores. Abordam vizinhos e familiares pedindo doces, dinheiro ou presentes, em troca de sossego, caso contrário, protegia as pessoas tentando gerar confusão, mal-estar e mau agouro com a lembrança da morte.

Nos Estados Unidos, a festa perdeu o caráter religioso, passou a ser organizada por clubes, escolas, famílias e grupos de amigos. Passou a ser comercializada com a venda de fantasias e acessórios dos mais diversos para a indumentária e a decoração das casas.

Pode-se ousar dizer que, neste caso, além da comensalidade para o morto, podemos incluir aqui o entretenimento, citado por Camargo (2004) em seu quadro de tempos e espaços da hospitalidade?

2.4.5 Lembrar-se dos mortos

Cada sociedade elaborou, de acordo com seus costumes, formas de se relacionar com seus mortos. Algumas preferem “apagar todo o vestígio dos falecidos”, a ponto de não mais pronunciar seu nome. Enquanto outras preferem guardar seus pertences e os “signos de sua existência passada”, repassando seu nome a um recém-nascido, a fim de mantê-lo em lembrança.

As atitudes de um modo geral são muito pessoais. Algumas pessoas se dedicam a distribuir os pertences do falecido, outras destroem, queimam, não compartilham com ninguém, mudam de residências; enquanto outras dedicam-se a guardar de forma cuidadosa os pertencentes do morto e chegam, por vezes, não permitir que ninguém desmonte o quarto onde o morto dormia ou toque nas coisas que ele mais gostava.

Para Le Grand-Séville e Françoise Zonabend (2011), tanto faz a forma a ser empregada para conviver com a ausência do morto. O importante é que estas atitudes retratam o exercício dos que ficam e “instala o morto entre os mortos”, na tentativa de admitir a morte e ao mesmo tempo tentando não esquecer do morto.

Apenas para exemplificar, entre os ianomâmis proíbe-se pronunciar o nome próprio do morto, mesmo para anunciar o seu falecimento aos próximos e vizinhos. Para se referir a ele serão usados termos de parentesco. Eles acreditam que os nomes são dotados de muito poder e que ao pronunciá-los corre-se o risco de obter o retorno do morto.

Diferentemente na Florença do Renascimento, os mortos eram refeitos, nomeava-se os recém-nascidos com os nomes dos parentes recém-desaparecidos. Compreendia-se, desta forma, permitir continuidade à sua linhagem e ao mesmo tempo honrar e proteger o defunto da alienação ou das sombras do além.

Este exemplo nos faz refletir sobre práticas semelhantes em nossa sociedade contemporânea. Nomear um recém-nascido com o nome de um irmão falecido ou pai, avô, enfim, parecem amenizar a dor da perda e eternizar a memória daquele ente querido que nos deixou.

A fotografia, por sua vez, também desempenha um papel importante no que se refere à lembrança dos mortos. As sociedades camponesas tradicionais costumavam fotografar seus

mortos e colocar em álbuns de família, juntamente com os vivos, para passarem a ideia de que a morte faz parte do ciclo da vida e que estão de certa forma intimamente ligadas.

Outras culturas preferem expor a fotografia com a imagem da pessoa viva. Dialogam com esta imagem e, por vezes, a carregam protegida em medalhões ou escapulários junto ao corpo. Enquanto outros a fazem por meio da escrita. Prática antiga de nossa sociedade. Tanto pode se dar de forma pública (epitáfio nos túmulos), como por meio da necrologia ou obituário.

Estes mecanismos, segundo Le Grand-Séville e Françoise Zonabend (2011), traduzem a ideologia de algumas sociedades e confirmam uma luta incessante contra a morte, seja guardada em silêncio, por meio de imagens ou de palavras.

2.4.6 Velório Virtual

Considerando os recursos tecnológicos, disponíveis pela internet para noticiar, fornecer orientações de cunho legal e serviços relacionados à morte, não se pode deixar de citar o “velório virtual” e ousar relacioná-lo ao espaço virtual proposto por Camargo (2004) em sua teoria sobre os tempos e espaços da hospitalidade.

O velório virtual cumpre minimizar a distância entre os entes e amigos do morto que, por alguma razão, encontram-se distantes e/ou impossibilitados de participar presencialmente do mesmo.

Utilizado no Brasil desde 2001 por algumas empresas, por meio do serviço de *webcam*, permite, a partir da solicitação da família, disponibilizar as imagens do velório por meio de um portal, com recurso de câmeras instaladas no local. Desta forma, o velório poderá ser acompanhado à distância, com acesso restrito aos familiares e amigos autorizados pela família, mediante a utilização de senhas para acesso ao obituário *online*, cuja busca se dá pelo nome da pessoa falecida.

Este serviço também inclui o envio de mensagens eletrônicas aos familiares presentes no velório, como também permite a compra e a entrega de flores no local do velório.

2.5 Hospitais e a humanização no atendimento

Compreende-se hospital como a instituição que presta atendimento médico a indivíduos necessitados de tratamento. As organizações de saúde podem ser constituídas como grandes centros de medicina, que além de comprometidas com a cura e o cuidado de pessoas, se ocupam

com a formação profissional da área, como também em desenvolvimento de pesquisas voltadas à investigação científica das causas e curas de doenças.

A palavra <<hospital>> deriva do latim medieval *hospitale*, que designava um local amigável que acolhia peregrinos em viagem e estranhos. Aqui eram prestados cuidados aos pobres desamparados, idosos, órfãos, doentes ou feridos. O termo *hospitale* é a raiz de vários termos, incluindo <<hotel>>, <<hospital>>, <<hospitalidade>> e <<hospício>>. O termo <<hospital>> terá sido utilizado para descrever um retiro para os doentes pobres ou para os loucos, bem como uma instituição para o cuidado temporário dos doentes (HOWARTH; LEAMAN, 2004, p. 275).

Segundo Guillaume (2011), no século XIX, compreendido apenas como um local de acolhida, os hospitais ou os hospícios, recebiam os indigentes: órfãos, pobres, doentes, peregrinos e idosos. Nesta época, coordenados por religiosas que tinham apenas como referência a caridade cristã, os hospitais tinham-nas à frente da administração dos serviços oferecidos: distribuição de alimentos, remédios, roupas e controle de acesso a pessoas consideradas indesejáveis. Sua maior preocupação era aproximar ao máximo os moribundos da igreja e, por fim, da salvação divina.

Os acolhidos, nessa época, eram acomodados em alojamentos coletivos. A falta de assepsia, dieta alimentar e isolamento tinham por consequência o contágio e infecções. Os operados passavam por sofrimentos indescritíveis, sem o apoio anestésico que só se fez presente após 1847. O índice de mortalidade pós-operatória era significativo.

As condições higiênicas e de serviços dos hospitais, naquela época, eram tão ruins que a busca por ajuda nessas instituições era sinônimo de fracasso ou decadência para as pessoas.

O autor ressalta o trabalho de Florence Nightingale por defender um novo modelo de atuação da profissional enfermeira. O trabalho de Nightingale contesta as religiosas, que apesar de sua contribuição, são desprovidas de formação médica e, portanto, inadequadas para a administração hospitalar.

As religiosas não têm qualquer formação médica e suas insuficiências são denunciadas após a publicação do livro de Florence Nightingale que faz nascer o modelo da enfermeira moderna, auxiliar qualificada do médico (Nightingale). Essa bíblia da enfermeira moderna insistia num indispensável respeito pela higiene, mas também na atitude que se devia ter para com o doente, na necessidade de lhe dar prazer, às vezes até de lhe consentir “absurdas consolações”, mas em jamais esmagá-los com conselhos ridículos. A humanização no tratamento era vista assim como

uma dimensão da modernidade, que passou naquele momento um pouco despercebida (GUILLAUME, 2011, p. 585).

Florence Nightingale funda a primeira Escola de Enfermagem na Inglaterra em 1859, com programa ministrado por médicos cuja aprendizagem se dá através de recursos teóricos e práticos.

A humanização nos serviços de saúde tem sido altamente discutida na contemporaneidade, e sua aplicação culmina com a implantação da hotelaria hospitalar no Brasil, no início dos anos 1990.

Atualmente, a área da saúde é o setor que mais cresce no Brasil e no mundo, o que reflete, naturalmente, numa grande oferta profissional para várias áreas da saúde. No Brasil, a saúde já representa mais de 8% do PIB, enquanto nos Estados Unidos ultrapassa os 17%¹⁰.

A modernização e a profissionalização da gestão hospitalar no Brasil são recentes, tendo se estabelecido a partir de meados da década de 1990. O Brasil conta com cerca de 6.500¹¹ estabelecimentos hospitalares. Destes, apenas 350¹² são acreditados – denomina-se acreditação hospitalar a implantação de programas de qualidade, específicos para hospitais. Desta forma, constata-se uma grande carência na maioria dos hospitais brasileiros no que se refere a técnicas e modernos processos de gestão. Os Estados Unidos iniciaram a implantação do processo de acreditação hospitalar no início da década de 1950, na maioria de seus hospitais.

A hotelaria hospitalar é um dos componentes da moderna gestão hospitalar, tendo como missão gerir uma série de serviços denominados de apoio, prestados aos pacientes, familiares e a todos os profissionais que trabalham num ambiente hospitalar. Consiste na adequação dos serviços de apoio, ofertados pela hotelaria convencional, aos cenários dos serviços do segmento da saúde, com vistas a atender as necessidades dos clientes, acompanhantes e visitantes.

Hotelaria hospitalar é a reunião de todos os serviços de apoio, que associados aos serviços específicos, oferecem aos clientes conforto, segurança e bem-estar durante o seu período de internação ou em seu contato com a instituição de saúde (BOEGER, 2011, p. 2).

¹⁰ Fonte: Organização Mundial da Saúde.

¹¹ Fonte: CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

¹² Fontes: ONA – Organização Nacional de Acreditação e CBA – Consórcio Brasileiro de Acreditação.

O mercado da saúde está aquecido. Os hospitais estão modernizando antigas instalações e incorporando os serviços de hotelaria hospitalar em suas organizações. Hoje, o organograma de um hospital conta com departamentos de arquitetura e consultoria especializada para a implementação da hotelaria hospitalar. O cliente elege seu hospital por meio da opção de um plano de saúde e um peso muito grande tem se dado à infraestrutura e ao conforto oferecido pelos hospitais, bem como o atendimento. A exigência desse novo cliente aumenta cada vez mais e recursos como internet e mídias sociais interferem nas escolhas, acirram a competitividade e reforçam a necessidade dos hospitais de buscarem cada vez mais diferenciais para assistir e atender melhor ao cliente

Esta nova forma de atendimento oferece ferramentas estratégicas para auxiliar a assistência em seus processos e interfaces, por meio de técnicas de atendimento comprometidas com o bem-estar, conforto do cliente, do médico (na maioria das vezes reconhecido com um cliente, ou prestador de serviços, dentro do ambiente hospitalar) e maior humanização nos processos de atendimento.

Paciente é um termo do passado. A expectativa do cliente de saúde mudou. Ele anseia por um atendimento mais humanizado, mais atencioso, permeado de conforto e bem-estar. De preferência realizado numa boa infraestrutura com boa comunicação, boa sinalização, com espera mínima, entretenimento, serviços de alimentação, acesso à tecnologia e outros. A função do especialista da hotelaria hospitalar é trabalhar estrategicamente dando apoio às diversas áreas do hospital para promover conforto, bem-estar e segurança ao cliente.

Convém ressaltar que, além dos médicos, enfermeiros e nutricionistas de um hospital, com a implantação da hotelaria hospitalar, passou-se a ter a contribuição de gerentes de hotelaria, nutricionistas coordenando a gastronomia hospitalar, camareiras, governantas, coordenadores de eventos e *concierges* (profissionais responsáveis por assistir os clientes) em todas as áreas do hospital, seja nas recepções, coordenando as admissões e altas das internações e atendendo ao cliente, acompanhante e visitante em suas mais variadas necessidades. A hospitalidade para o luto também passou a contar com o apoio dos *concierges* para assistência à familiares e providências adequadas à orientação religiosa e cultural.

2.6 Cuidados paliativos

Paliativo é palavra derivada do latim “*pallium*”, que significa manto, coberta, proteção e, porque não dizer, acolhimento.

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, cuidados paliativos podem ser definidos como a assistência prestada a pacientes e familiares por uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e assistentes espirituais, diante de um diagnóstico irreversível, exigindo maior atenção à qualidade de vida do paciente, por meio da prevenção e alívio da dor e demais sintomas que venham a comprometer seu bem-estar físico, social, psicológico e espiritual.

O grande foco da paliatividade é o ser humano integral ou ainda o indivíduo e seu histórico, pautado por necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Daí a importância de diferentes profissionais para atender a todas as competências da assistência.

A primeira instituição voltada de forma específica para os cuidados paliativos surge no ano de 1967, em Londres, com a iniciativa da assistente social, enfermeira e médica, Cicely Saunders.

Segundo Menezes (2004), a iniciativa de Cicely Saunders revolucionou o modelo de assistência, ensino e pesquisa no cuidado a pacientes terminais e de suas famílias.

O trabalho de Saunders com pacientes terminais, em especial com câncer, fez-lhe perceber as necessidades dos moribundos e a importância de se aplicar uma nova forma de assistilos. A partir de então travou uma grande luta em prol da causa assistencial aos pacientes terminais, associando-se a políticos, advogados e também à igreja, na tentativa de imprimir a necessidade de formação por meio da especialização na área médica.

Menezes (2004) traça um estudo sobre a evolução dos cuidados paliativos na Europa, Estados Unidos e América do Sul, que merece ser destacado: em 1985 surge a Associação de Medicina Paliativa da Grã-Bretanha e Irlanda. Vale ressaltar que a Inglaterra em 1987, foi o primeiro país a reconhecer a Medicina Paliativa como especialidade médica.

Em 1974, surge o primeiro *hospice* norte-americano em New Haven, Connecticut, por Josefina Magno, médica oncologista filipina.

No Canadá, no ano de 1975 em Balfour Mount, o cirurgião canadense funda a primeira unidade de Cuidados Paliativos, localizada no interior de um hospital, o *Royal Victória Hospital* de Montreal. Mount cria, então, a expressão *palliative care* ou cuidados paliativos, até hoje usada para designar a disciplina voltada aos cuidados de pessoas doentes em estágio de terminalidade.

Em 1978, é criada a American National Hospice Organization, cujo registro em 1988 contava com mais de 2.800 associados.

Segundo Menezes (2004), o movimento pelos cuidados paliativos avançou rapidamente nos Estados Unidos. No final dos anos 1990, havia mais de 2000 programas para a criação de *hospices*. Vale ressaltar que a expansão atribuída a esses programas cumpria duas mudanças sociais: a primeira, voltada para o consumo pela alimentação natural, nos cuidados da saúde, no estilo de vida e nos cuidados aplicados ao processo do morrer. A segunda mudança seria o crescente interesse pelo tema morte no meio acadêmico, pelos profissionais da saúde e também “difundido no meio social mais amplo”.

A epidemia da AIDS, na metade da década de 1980, ampliou a reação social contra a medicalização da morte e promoveu uma crescente expansão do movimento pelos *hospices*, após os anos 1990.

O sistema de saúde dos Estados Unidos ao reconhecer a assistência por meio da paliatividade como a mais econômica em relação ao atendimento convencional, passa a incorporar a assistência paliativa em suas modalidades assistenciais.

Os cuidados paliativos surgem na França em 1986. Em 1999, a assistência paliativa é aprovada por sua legislação, como garantia de tratamento ao paciente terminal.

Na Argentina, primeiro país da América do Sul a desenvolver a assistência em cuidados paliativos, surge em 1982, por meio de trabalho voluntário e passa a ser reconhecido pelo Ministério da Saúde argentino no ano 2000.

Em 1986, a Organização Mundial da Saúde publica o manual: *Cancer pain relief and palliative care report*, com tradução em 19 idiomas.

No Brasil, esta publicação ocorre em 1991, porém com a participação de alguns oncologistas e voluntários. Somente em 1991 foi criado o Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer I, no Rio de Janeiro, com a participação efetiva de profissionais. Em 1997, o Brasil funda a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos. Atualmente, o Hospital do Câncer IV é uma referência nacional no ensino e treinamento de profissionais e no atendimento em Cuidados Paliativos, segundo Menezes (2004).

O Hospital Premier de Cuidados Paliativos¹³, inaugurado em setembro de 2004, foi um dos pioneiros a implementar, de forma específica, este serviço de saúde por meio de uma organização hospitalar em São Paulo. Projetado pelo Grupo MAIS – Modelo de Atenção Integral

¹³ Disponível em: <http://www.premierhospital.com.br/>. Acesso em: 18 jul. 2015.

à Saúde, fundado em 2003, inicialmente, prestava atendimento domiciliar para pacientes idosos crônicos.

Com a implementação do novo projeto do Hospital Premier, foi possível promover um atendimento contínuo aos pacientes portadores de doenças crônicas e degenerativas, que passaram a ser acolhidos num hospital e eliminar o desafio da descontinuidade do tratamento causado pelas intercorrências clínicas, quando os mesmos precisavam ser removidos de seus lares para Unidades de Saúde. Em 2005, Dr. Samir Salman, médico, sócio proprietário e idealizador da proposta do Hospital Premier, juntamente com Professor Marco Túlio de Assis Figueiredo, especialista em Cuidados Paliativos e Dra. Maria Goretti Maciel, unem-se para montar a primeira equipe de Cuidados Paliativos do Hospital Premier; convencidos cada vez mais da importância de seu projeto, quando em contato com paliativistas de outros países.

Antes de ser uma prática médica, o cuidado paliativo é uma filosofia que recomenda aos profissionais da área da saúde que cuidem do doente e enxerguem o doente em sua multidimensionalidade – biológica, psicológica, biográfica, social e espiritual, que todo mundo é. (SALMAN, 2013, p. 12).

O Hospital Premier passa a operar como base de apoio na modalidade domiciliar (passa a ser um residencial de longa permanência para pacientes com doenças crônicas), onde o paciente é acolhido, passa a ser atendido e monitorado por uma única equipe e prontuário de forma contínua e familiarizada com seu histórico e individualidade.

Atualmente os hospitais, em sua grande maioria, tanto públicos como privados, dispõem de equipes de cuidados paliativos, como também contam com a equipe de cuidados integrativos.

Cuidados Integrativos trata da atenção dispensada ao paciente por meio de diversas formas de tratamento tidos como convencionais ou não convencionais, visando a integralidade do ser humano. Como já citado acima, por Salman (2013), consiste em assistir “o doente em sua multidimensionalidade”, em enxergar o ser humano como um indivíduo e contribuir para que o mesmo se aproxime o máximo possível de um estado de equilíbrio.

As equipes de cuidados paliativos utilizam-se dos seguintes serviços: musicoterapia, acupuntura, kundalini-yoga, meditação, técnicas corporais de relaxamento, reiki e outros.

A título de exemplo vale citar que, atualmente, o Hospital Sírio-Libanês conta com as equipes de Cuidados Paliativos e de Cuidados Integrativos. Esta última, além de atender aos pacientes, estende-se aos familiares, cuidadores e colaboradores do hospital.

A Medicina Paliativa, é uma especialidade reconhecida por diversos países como a Inglaterra, Estados Unidos, Canadá, Austrália e em alguns países europeus; é disciplina obrigatória no currículo de formação médica em várias universidades destes países, afirma Menezes (2004).

Vale ressaltar que no Brasil a Medicina Paliativa vem ganhando força como uma nova especialidade. Em 2013, o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo criou a residência médica em cuidados paliativos. Outros hospitais da rede pública de São Paulo também passaram a tratar de forma especial esta questão em sua assistência; podemos citar o Instituto Nacional do Câncer no Rio de Janeiro (INCA), Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – (ICESP), Hospital das Clínicas de São Paulo, Instituto de Infectologia Emílio Ribas, em São Paulo, Hospital de Câncer de Barretos, A. C. Camargo Câncer Center em São Paulo e outros. Universidades e instituições de ensino e pesquisas, com associações como a Associação Nacional de Cuidados Paliativos – (ANCP), passaram a ofertar cursos de especialização e extensão universitária voltados para esta modalidade.

2.7 Bioética

Considerando a bioética a disciplina que cumpre analisar a ética da qualidade da vida humana e planetária, segundo Pessini (2005), compreende-se aqui a importância de sua abordagem na presente pesquisa.

Pessini (2005) ressalta que a bioética une, em uma única disciplina, os dilemas éticos associados com a pesquisa biocientífica contemporânea e sua aplicação na medicina. Considera difícil definir historicamente quando se deu o começo da discussão em torno da bioética, contudo aponta algumas situações em seu histórico.

A bioética como disciplina nova começou com a fundação do centro de Hastings Center e do Kennedy Institute em 1969-1970? Ou foi a formação de um comitê da ética no estado de Washington durante os anos 1960, que tentou estabelecer padrões éticos para a distribuição de uma tecnologia médica escassa a pacientes em fase terminal (diálise renal)?

Ou talvez um livro escrito por Van Rensselaer Potter¹⁴. (PESSINI, 2005, p. 18).

Segundo Pessini (2005), Potter compreendeu a bioética como a “ciência da sobrevivência humana”. Sua contribuição foi de fundamental importância, tanto pela criação do neologismo em 1970, como pela implementação da mesma como uma disciplina sistêmica ou profunda, em 1988.

Para Kovács (2012), a bioética apresenta-se como o ramo da ética que trata das questões relacionadas à vida humana e à morte. Propõe discutir as polêmicas geradas em torno da morte e do morrer, tais como: prolongamento da vida, morrer com dignidade, eutanásia e suicídio assistido.

A publicação de dois artigos de Potter em 1970 e 1971, dedicados a um importante professor da Universidade de Wisconsin, Aldo Leopold, de forma inédita, discutia a “Ética da terra” e a responsabilidade do homem em relação ao meio ambiente. Promoveu a reflexão sobre a sobrevivência da espécie humana e sua forte ligação com as questões ligadas à ética. A reflexão de Potter fez-lhe compreender a bioética “como uma ponte entre a ciência biológica e a ética”, levantou questionamentos sobre o progresso e o destino da cultura ocidental, além de todos os avanços da ciência e da tecnologia. Sua preocupação era com o futuro e como se daria esta trajetória.

Na introdução de seu livro, Potter diz que “Se existem duas culturas que parecem incapazes de dialogar – as ciências e humanidades – e se isto se apresenta como uma razão pela qual o futuro se apresenta duvidoso, então possivelmente, poderíamos construir uma porta para o futuro, construindo a bioética como uma ponte entre as duas culturas. (PESSINI, 2005, p. 39).

O neologismo “bioética” é construído a partir das palavras gregas *bios* (vida) voltado para o conhecimento biológico e *ethos* (relativo à ética), para o conhecimento dos valores humanos.

Compreende-se aqui a intenção de Potter, segundo Pessini (2005), em promover a criação de uma nova disciplina que viesse a discutir a dinâmica e a interação entre o homem e seu meio ambiente e que, desde então, se antecipava ao que hoje se tornou uma questão unânime na discussão mundial, a ecologia.

¹⁴ V. Potter, *Bioethics, Bridge To The Future*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1971

A bioética também deve sua paternidade a um obstetra holandês, André Hellegeres da Universidade de Georgetown, em Washington. Após seis meses da publicação do livro *Bioética a ponte para o futuro*, de Potter, Hellegeres faz uso do termo para fundar o centro de estudos “*Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*”, atualmente conhecido como Instituto Kennedy de Bioética.

Vale ressaltar que o IV Congresso Mundial de Bioética realizado em Tóquio em 1998, propunha discutir como tema central “Bioética, Poder e Injustiça”, contudo foram contemplados outros temas relevantes, em especial dos países do Hemisfério Sul e da América Latina: “Bioética, globalização e direitos humanos”; “Bioética, vulnerabilidade e proteção”; “Poder e injustiça na pesquisa com seres humanos”; Bioética, meio ambiente e biodiversidade”; “Pesquisas genéticas e implicações na vida humana”; “Genética e células tronco: usos e abusos”; “Clonagem humana: prós e contras”; “Conflitos de interesse em pesquisa” e “Bioética e saúde pública”.

A maior entidade da Bioética, no contexto mundial, é a *International Association of Bioethics* (IAB), que agrupa todos os países envolvidos com a consolidação deste conceito. No Brasil, em 1995, é fundada a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Atualmente a SBB conta com a realização de dez congressos nacionais em diversas capitais do país.

Vale citar que além da Sociedade Brasileira de Bioética, em 1993, o Conselho Federal de Medicina publicou a primeira revista sobre o tema bioética. Em 1996, surge a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP), envolvendo seres humanos, aprovada pela Resolução 1996, do Conselho Nacional da Saúde / Ministério da Saúde.

Em 2004, o Centro Universitário São Camilo de São Paulo inaugura o primeiro mestrado *stricto sensu* em bioética do país, seguido de considerável bibliografia sobre bioética brasileira.

Avançando um pouco sobre a frequente discussão que abarca a relação médico- paciente, na contemporaneidade, vale destacar a constante insatisfação expressa por grande parte da sociedade, referente às formas de tratamento dispensadas por médicos e equipes assistenciais a pacientes em alguns hospitais.

A reclamação de alguns pacientes sobre descaso, direitos ignorados, seguidos da perda de dignidade em hospitais, atestam os conflitos entre os códigos de ética médica e os interesses e necessidades dos doentes do ponto de vista humano.

A medicalização da morte caracteriza-a, segundo Kovács (2012), como um processo e não como um momento. O prolongamento da vida torna-se o fator primordial para a medicina e

a sociedade de um modo geral. Ocultar a doença é privar-se antes de tudo a falar da morte, a não a encarar e reconhecê-la interdita.

A morte antes exaltada na época romântica, agora é retratada de forma repugnante. Enquanto os temas macabros expressavam a estética do “após morte”, com naturalidade, agora dão lugar, de forma apreensiva, para o que acontece antes da morte ou em seu processo transformador.

Um paciente oncológico em estado avançado choca pela degeneração física e pelo que ele representa. Ariès (2013) chamaria a isso de “a morte suja” e a retrata de forma criteriosa quando cita Tolstói em sua narrativa sobre as agonias seguidas de secreções e gritos pelo sofrido e esquálido Ivan Ilitch, em sua condição de moribundo.

Por outro lado, Pessini (2005) ressalta a complexidade aplicada ao tratamento de doenças na contemporaneidade. Uma única doença pode exigir a participação de diversos especialistas, caracterizando uma fragmentação de cuidados, procedimentos e provável comprometimento na comunicação entre as equipes. A dificuldade na comunicação interpessoal e forte atenção para a alta tecnologia, deixando em segundo plano as relações humanas, parece ser um desafio para as questões ligadas à área da saúde e da bioética.

Atualmente, a constante preocupação médica em aprimorar performances e recursos tecnológicos, parece muitas vezes distanciar o médico de um maior contato humano com seus pacientes. O mesmo ocorre com a equipe assistencial, normalmente pouco qualificada e pressionada a não imprimir falhas em seus procedimentos, que prefere, por vezes, manter-se alheia a enxergar o paciente como um ser humano sensível e individual.

Kovács (2012) chama a atenção para a autonomia do paciente, normalmente confrontada pela “relação paternalista, assimétrica” adotada pelos profissionais de saúde em relação ao mesmo. Ressalta ser de fundamental importância o paciente receber orientações com informações que o habilitem a tomar decisões diante de “situações conflitivas”, sobre as formas do morrer. Tal complexidade confirma o fundamento da ética, cercado do envolvimento de vários personagens: pacientes, familiares, profissionais da saúde e a própria instituição hospitalar, em torno das situações de vida e morte.

A seguir, serão relacionados alguns temas sobre a morte e o morrer do ponto de vista bioético.

2.7.1 Morte Clínica

A polêmica em torno da discussão sobre a morte clínica e o prolongamento da vida por meio de recursos tecnológicos têm promovido inúmeros debates no cenário da bioética. Clinicamente falando, vale questionar: como se dá o momento da morte? Como podemos reconhecê-lo de fato?

A morte clínica é definida como um estado no qual todos os sinais de vida (consciência, reflexos, respiração, atividade cardíaca) estão suspensos, embora uma parte dos processos metabólicos continue a funcionar. A morte clínica se tornou um conceito, pois atualmente todas essas funções vitais podem ser substituídas por máquinas, prolongando a vida indefinidamente. A morte total ocorre quando se inicia a destruição das células de órgãos altamente especializados, como cérebro, os olhos, passando depois para outros órgãos menos especializados (KOVÁCS, 2013, p.11).

Vale ressaltar os apontamentos de Pessini (2004) sobre o novo conceito de morte encefálica e suas implicações éticas. O avanço da medicina, recursos de ressuscitação cardíaca, respiradores artificiais e outros aparelhos modernos colocaram em xeque a tradicional definição de morte clínica com a identificação da parada cardíaca. A morte passou a ser vista, nos dias atuais, como um processo e não como um evento.

[...] não pode ser determinada como ocorrendo num momento específico. É um fenômeno progressivo. Em primeiro lugar morre-se os tecidos mais dependentes do oxigênio, sendo o mais sensível de todos o cérebro. De três a cinco minutos de falta de oxigenação, são suficientes para comprometer irreversivelmente o córtex do paciente, que daí em diante terá apenas vida vegetativa, ou seja, estará inconsciente, mas respirando e com o coração batendo. (PESSINI, 2004, p. 52).

A partir desta nova forma de identificação da morte, muda-se a definição legal e médica sobre a morte, antes tida como a cessação da função cardiorrespiratória para a chamada morte cerebral, reconhecida “pela parada total e irreversível das funções encefálicas”, de acordo com a resolução 1.480/97 de 08 de agosto de 1997 do Conselho Federal de Medicina.

Tal mudança, segundo Pessini (2004), beneficia não só o moribundo que ao ter a perda irreversível da funcionalidade do sistema nervoso central, liberta-se da intervenção terapêutica de “prolongamento de vida”. Alerta que o homem moderno, diferentemente do homem de outras épocas que temia o juízo final, hoje está mais temeroso em terminar a vida como um “vegetal”,

cercado por aparelhos num quarto minúsculo de uma Unidade de Terapia Intensiva – UTI, “entre o mundo dos vivos e dos mortos”.

Vale ressaltar que a morte encefálica favorece, sistematicamente, a realização de transplantes de órgãos, por considerar o paciente em morte encefálica como potencial doador. A morte encefálica confirma oficialmente a morte do ser humano, ainda que o mesmo disponha de batimentos cardíacos, que para os casos de doação, faz-se necessário preservar a circulação do doador até a retirada do órgão. O consentimento familiar é de fundamental importância para a oficialização da doação de órgãos. Normalmente, após a confirmação da morte encefálica, a família é consultada por meio de uma criteriosa entrevista, com vistas a esclarecer como se processa a doação de órgãos. Sugere-se que tal assunto seja tratado num ambiente privado, confortável e, acima de tudo, acolhedor com atenção redobrada ao estado emocional dos parentes ou enlutados.

A doação de órgãos no Brasil é regulamentada pela Lei nº. 9.434, assinada em 4 de fevereiro de 1997.

2.7.2 Eutanásia

Paralelamente ao movimento dos cuidados paliativos, surge o movimento em defesa da eutanásia. A demanda da eutanásia surge como contraponto em relação aos doentes terminais desprovidos de cuidados paliativos ou de bons cuidados em seu estado moribundo. Por outro lado, o novo conceito de morte encefálica, traz um novo olhar para a morte pelos profissionais da saúde, que passam a medicalizá-la e a defini-la como um fenômeno eminentemente técnico.

Segundo Pessini (2004), a ciência médica passou a deter um poder e um saber sobre a questão do prolongamento da vida, que, ao ser reconhecido como desnecessário e penoso o processo de sofrimento para os doentes e familiares, provocou a reivindicação da eutanásia contra a “obstinação terapêutica”.

Pessini (2004) define eutanásia como a ajuda do médico atencioso prestada ao moribundo proporcionando-lhe uma “boa morte”. Historicamente, segundo Pessini (2004), a eutanásia era praticada pela sociedade greco-romana.

Platão e Aristóteles admitiam a prática da eutanásia ou o abandono à própria sorte dos recém-nascidos com anomalias ou más-formações, sancionando a prática existente em Esparta de jogar tais crianças nas rochas. Em muitas culturas, a prática da eutanásia tem uma forte vigência. (PESSINI, 2004, p. 104).

Pessini (2004) ressalta que essa forma da cultura grega compreender a medicina comprova sua característica centrada no “belo e são”. Contrariamente, o cristianismo, por não conhecer o conceito e prática da eutanásia, propõe uma atitude solidária para com quem sofre, tanto no Antigo como no Novo Testamento. Difere da cultura grega por não se centrar no “belo e são” e coloca o doente como merecedor de atenção e cuidados privilegiados.

Pessini (2004) apoia-se em Bacon¹⁵ que afirma ser o médico não somente responsável pela cura, mas sobretudo para amenizar as dores do moribundo. Pessini reforça que a declaração de Bacon traz a reflexão sobre o termo eutanásia para seu significado atual, ou seja, passa a não ser mais interpretado como na antiga Grécia, mas imprime o sentido de “prestar atenção em como o doente terminal pode deixar a vida mais fácil e silenciosamente”.

Kovács (2012) descreve algumas distinções de eutanásia apoiada nos estudos de Wooddell e Kaplan (1977 /1998):

Eutanásia ativa: compreendida como ação que causa ou acelera a morte.

Cabe ressaltar que a eutanásia ativa expressa o desejo de abreviar a vida, por meio da interrupção de tratamentos que venham a contribuir com as atividades metabólicas do doente e provocar a morte sem sofrimento. Desta forma, suspende-se a utilização de aparelhos respiradores, marca-passos, as dietas, remédios e procedimentos quimioterápicos.

Eutanásia Passiva: compreende-se como a interrupção dos procedimentos clínicos que promovem o prolongamento da vida. Cabe aqui explicar que esta modalidade, não é mais considerada como eutanásia, segundo Kovács (2012). Quando o quadro clínico se apresenta como “irreversível, sem possibilidade de cura e quando causa sofrimento adicional”, pode-se, de forma criteriosa, tirar o doente da intervenção “artificial” para lhe permitir “uma boa morte”. Atualmente este tipo de intervenção recebe o nome de “ortotanásia”.

Eutanásia voluntária: ação que causa a morte, solicitada de forma explícita e espontânea por parte do paciente.

Eutanásia involuntária: ação que leva a morte sem consentimento explícito do paciente. Kovács (2012) aponta que, neste caso, deveria ser reconhecida como homicídio e não como eutanásia.

Pessini (2004), por sua vez, chama a atenção para que “a morte digna” não seja associada inelutavelmente à prática da eutanásia ativa. Os paliativistas são terminantemente contra a

¹⁵ Francis Bacon, filósofo inglês, 1561 – 1626.

eutanásia e ao direito do indivíduo decidir pelo seu próprio fim. Segundo o mesmo, o movimento em torno da eutanásia iniciou em 1935 na Inglaterra, após três anos nos Estados Unidos e no início da década de 1970 na Austrália, Holanda e Suécia, por meio de associações, notadamente em países com padrão de vida elevado, nações protestantes e com recursos médicos.

A Holanda foi o primeiro país a regulamentar a prática da eutanásia e do suicídio assistido em 2002. Os casos são analisados com rigor, por uma comissão regional formada por médicos, juízes e sociólogos, que recorrem ao poder judiciário quando se deparam diante de dúvidas.

A Bélgica foi o segundo país no mundo a legalizar a prática da eutanásia em 2002. Juntamente com a Holanda, são os únicos países a reconhecerem legalmente esta prática. Convém citar que na Holanda a eutanásia é permitida em menores a partir de 12 anos, desde que autorizados pelos pais. Na Bélgica, inicialmente, permitia-se a prática somente a partir dos 18 anos, contudo em fevereiro de 2014, passou a excluir, legalmente, a restrição de idade.

Na América do Sul, não existe uma legislação clara sobre a eutanásia, contudo vale citar o Uruguai que prevê em seu Código Penal, desde 1934, a isenção de pena, desde que o ato da eutanásia seja reconhecido por seus juízes como “homicídio piedoso”.

A Colômbia, em 1997, também decidiu isentar a pessoa que venha a cometer o homicídio piedoso, desde que fique comprovada a existência de um consentimento prévio e inequívoco por parte do paciente em estado terminal. Por outro lado, tal lei conflita com o Código Penal colombiano que reconhece o homicídio piedoso como crime, cuja pena varia de seis meses a três anos de detenção.

2.7.3 Suicídio Assistido

O médico Jack Kevorkian ou o “Doutor Morte”, como a imprensa o apelidou, ajudou, durante quase dez anos, pelo menos 130 pacientes terminais a morrerem em diversos locais dos Estados Unidos. Inicialmente, detido em 1990, quando praticou pela primeira vez o suicídio assistido com uma paciente do estado do Oregon. Foi defendido e isentado de culpa pela família da paciente que alegou ter ele cumprido o desejo da mesma.

A partir de 1997, os médicos do Estado do Oregon obtiveram autorização para prescrever drogas letais para pacientes com prognóstico máximo de seis meses de vida, desde que estes estivessem comprovadamente lúcidos. Vale ressaltar que a maioria das pessoas que fizeram uso deste recurso, naquele Estado, apresentaram idade superior a 71 anos.

Segundo Goldim (2004), o suicídio assistido ocorre quando uma pessoa, que não consegue concretizar sozinha sua intenção de morrer, solicita o auxílio de outro indivíduo. Reforça que, desde 1997, o Estado de Oregon tem uma lei vigente que permite a solicitação de auxílio para suicídio.

Na Suíça, também é permitida a realização do suicídio assistido, contudo de forma mais liberal. Lá o suicídio pode ser realizado sem a participação de um médico, como também a pessoa que optar pela morte não precisa, necessariamente, estar em estado terminal. O Código Penal de suíço de 1918, não reconhece a assistência ao suicídio como crime, desde que desprovido de egoísmo por parte de quem auxilia. Por outro lado, a eutanásia não está prevista na legislação daquele país, afirma Goldim (2004).

Igualmente, na Alemanha, permite-se também o suicídio assistido, desde que o paciente não conte com a ajuda de terceiros durante seu processo de morte. Vale dizer que, na Suíça, apesar da restrição de terceiros para prática do suicídio, a mesma não se opõe a iniciativas de algumas entidades que prestam orientação e oferecem estrutura às pessoas que viajam até aquele país em busca de sua própria morte, promovendo desta forma o “turismo do suicídio”.

2.7.4 Turismo do suicídio

O turismo do suicídio é compreendido como o deslocamento de pessoas que, interessadas na própria terminalidade, viajam para destinos que contam com amparo legal para a prática do suicídio assistido. Esses locais normalmente contam com o apoio de organizações que prestam acolhimento e orientação àqueles que buscam a própria morte.

Um estudo divulgado por pesquisadores da Universidade de Zurique indica que 611 residentes de 31 países se deslocaram até a Suíça para morrer entre os anos de 2008 e 2012. Os dados apresentam um aumento considerado significativo pelos pesquisadores. Em 2009 foram registrados em 86 casos no Instituto Médico Legal suíço, evoluindo para 172 casos em 2012. Alemães e britânicos foram os que mais se destacaram pela busca do suicídio assistido.

A Suíça conta com seis organizações que acolhem estrangeiros para a prática do suicídio assistido, contudo a grande maioria prefere os serviços da “Dignitas”. Os preços cobrados pela “Dignitas” para o suicídio variam entre 9 mil e 10.500 francos.

O estudo ainda apontou que 50% das pessoas que procuraram o suicídio eram portadoras de doenças neurológicas tais como: paralisia, problemas motores, ou esclerose múltipla.

Vale lembrar que em 17 de março de 2015 o parlamento francês aprovou o projeto de lei que permite induzir doentes terminais em sono profundo, instituído como a “lei do sono profundo”, ou seja, cessa o tratamento e parte-se para a aplicação da sedação contínua até a morte. Esse procedimento visa promover o “dormir antes de morrer para evitar o sofrimento” e é realizado com a interrupção do tratamento.

A “lei do sono profundo” é diferente da morte assistida ou eutanásia, devido a sedação contínua não permitir determinar a data da morte como na eutanásia. Apesar de tal diferença, compreende-se essa lei como um importante passo rumo à legalização da eutanásia naquele país.

Após a aprovação do parlamento francês, o projeto de lei será submetido, em breve, pelo senado francês a fim de concluir a legalização oficial do mesmo.

2.7.5 Distanásia

Diferentemente das práticas utilizadas para o abreviamento da vida, como a eutanásia ou o suicídio assistido, a distanásia, considerada como terapia agressiva, utiliza-se de recursos tecnológicos, nega a morte, trata-a como doença e promove prolongamento do quadro terminal do paciente, comprometendo a qualidade de vida tanto do paciente como de seus familiares.

Pessini (2001) define-a como o prolongamento exagerado da agonia, sofrimento e morte de um paciente. A afirmação de Pessini sobre a forma como a sociedade ocidental fez desaparecer a morte da vida cotidiana, destaca a negação coletiva em relação à mesma e à atitude unânime de familiares e profissionais da saúde em promoverem o prolongamento da vida numa obstinação irracional, que teimosamente nega a reconhecer que um ser humano está morrendo e não pode mais ser curado. Reforça que os europeus denominam tal ato como “obstinação terapêutica”, enquanto os americanos a denominam como “futilidades médicas”.

A discussão em torno da “futilidade médica” toma grandes proporções por volta de 1980 nos Estados Unidos. Historicamente, a questão do tratamento fútil foi assumida como um julgamento médico objetivo, que somente os médicos eram qualificados a fazer, segundo Pessini (2001).

Por volta de 1983, por meio do relatório da Comissão Presidencial, a autonomia sobre a decisão sobre o tratamento com foco no prolongamento de vida passou a ser compartilhada entre pacientes e familiares, destituindo o médico de sua autonomia exclusiva para as decisões clínicas.

Ariès (2013), em sua pesquisa sobre a morte no Ocidente, aponta que, após a metade do século XIX, o doente passou a ser privado de sua morte nos países industrializados. Antes, o

homem morria cercado pela família, pela religião, com dignidade e reconciliado consigo mesmo. Hoje, encontra-se excluído de seu próprio processo de terminalidade, na maioria das vezes inconsciente, sob efeito de remédios, alheio a tudo ele se desliga da vida.

A discussão em torno da “futilidade médica” ainda persiste, dada a complexidade de interpretações, de busca de significado e sentido, por envolver não somente a análise técnica científica, mas principalmente valores de vida, crenças, opções éticas e de mais fatores que dão significados a vida humana.

Segundo Pessini (2004), o novo Código de Ética Médica brasileiro que entrou em vigor a partir de 2010, incluiu trecho específico sobre os princípios fundamentais da atividade médica contra a prática da distanásia, que reza o seguinte:

Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”. Essa conduta recebeu o nome de “ortotanásia” (PESSINI, 2010).

Pessini (2010) aponta que, até o ano de 2010, 30% das pessoas internadas em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), no Brasil, correspondiam a pacientes em estado terminal, segundo o Conselho Federal de Medicina. Ressalta que tais pacientes não deveriam ser direcionados para essas unidades e sim para um tratamento adequado, por meio dos cuidados paliativos, que além de promover bem-estar, oferece maior atenção às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais do paciente terminal.

Para finalizar, vale registrar uma das frases de Kübler-Ross (2008): “a morte não mudou, pois continuamos a morrer, o que mudou foi a forma de lidar com ela”.

2.7.6 Ortotanásia

A ortotanásia, segundo Pessini (2001), é a arte de bem morrer, que rejeita toda a forma de mistanásia, eutanásia e distanásia. Consiste na interrupção de recursos para o prolongamento da vida do paciente, quando em seu prognóstico deixar de constar qualquer chance de sobrevivência.

O termo ortotanásia tem sua origem nos radicais gregos: orthos (reto, correto) e thanatos (morte), indica, portanto, morte a seu tempo correto, nem antes, nem depois.

O conceito de ortotanásia, segundo Pessini (2001), adquiriu visibilidade pública na Espanha, por meio de estudos desenvolvidos por teólogos moralistas. Reforça que a ortotanásia promove respeito ao bem-estar global da pessoa e cria-lhe oportunidade para garantir a dignidade no seu viver e no seu morrer.

Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, Resolução CFM nº 1.805/2006)

A polêmica discussão em torno da importância da ortotanásia ou do bem-morrer debate com a postura de uma medicina tecnocientífica ou comercial empresarial, pautada num referencial predominantemente curativo, desconectada com o valor da vida humana.

A ortotanásia, configurada pelas condutas médicas restritivas, é o objetivo médico quando já não se pode buscar a cura: visa prover o conforto ao paciente, sem interferir no momento da morte, sem encurtar o tempo natural de vida nem adiá-lo indevida e artificialmente, possibilitando que a morte chegue na hora certa, quando o organismo efetivamente alcançou um grau de deterioração incontornável. (VILLAS-BÔAS, 2008, p. 64).

Para Pessini (2001), o grande desafio durante o processo da ortotanásia é integrar conhecimento científico, competência técnica e sensibilidade humana e ética numa abordagem multi e transdisciplinar.

Cabe ressaltar que os cuidados paliativos desempenham um papel de destaque no cenário da terminalidade da vida humana, por tentar atender a pessoa na sua globalidade de ser em seu processo de morte, seja por respeitar sua dignidade, cercá-la de carinho e da atenção dos seus próximos e queridos e livrá-la das interferências terapêuticas tecnológicas.

2.7.7 Mistanásia

Compreende-se por mistanásia a morte miserável. Aquela que acontece antes ou fora da hora. Sua ocorrência pode se dar por meio da omissão de socorro, erro médico, negligência,

imprudência e imperícia. Pessini (2001) ressalta que, nos países desenvolvidos, vive-se mais, e a morte localiza-se predominantemente na velhice. A infraestrutura básica garante qualidade de vida para a grande maioria da população. Diferentemente desta realidade, nos países pobres ou do Terceiro Mundo, que sofrem com a desigualdade social, a morte pode se dar no início da vida, comprovada pelas altas taxas de mortalidade infantil, como também por questões endêmicas.

Vale esclarecer que muitos atribuem à mistanásia o termo “eutanasia social”, para discordância dos bioeticistas Leo Pessini e Leonard Martin, que consideram o termo eutanasia inapropriado, devido à sua origem etimológica significar “boa morte” ou “morte misericordiosa”.

Considerando as várias situações que envolvem a mistanásia, vale destacar três situações apresentadas por Pessini (2001): a primeira refere-se a omissão de socorro onde a grande massa de doentes e deficientes que, por motivos sociais, políticos e econômicos não conseguem tratamento médico e, portanto, não experimentam a condição e a oportunidade de serem pacientes em nenhum sistema de atendimento. A segunda depõe contra o Código de Ética Médica (1988), que esclarece os três tipos de erro médico (imperícia, imprudência e negligência – artigo 29), refere-se aos doentes que conseguem a oportunidade de serem pacientes e se tornam vítimas de erro médico. A terceira, por sua vez, refere-se a pacientes vitimados pela má prática médica ou maus tratos seja por motivos econômicos, científicos ou sociopolíticos. Por fim, enfatiza que a mistanásia é uma categoria que nos permite levar a sério o fenômeno da maldade humana.

2.7.8 Testamento vital

O testamento vital é um documento que pode ser preparado por qualquer pessoa, desde que esteja gozando plenamente de suas faculdades mentais. Seu objetivo é comunicar documentalmente sobre as formas de tratamento que deseja se submeter quando diante de um quadro de saúde crítico, que lhe impossibilite, terapeuticamente, manifestar de forma espontânea a sua vontade. No Brasil, ainda não existe uma legislação específica para o testamento vital; porém tanto o Conselho Federal de Medicina (CFM) como o poder judiciário admitem a validade do testamento vital.

Na esfera jurídica de países estrangeiros, estes testamentos versam sobre a aceitação ou não de determinados tratamentos ou procedimentos médicos. Países como Estados Unidos, Bélgica, Argentina, Portugal, além de outros contam com legislação específica para o testamento vital. No Brasil, a resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.995, de 2012, regulamentou

a discussão sobre o assunto, com possibilidades para definir de forma antecipada, os limites nos quais os médicos devem agir:

Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade. § 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico. § 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, Resolução nº 1.995 de 2012)

Por meio desta resolução, o paciente tem a oportunidade de expressar sua vontade por meio da elaboração de um testamento, como também nomear um representante para que o cumprimento de sua vontade seja levado a termo, independente do consentimento ou não de seus familiares, desde que as escolhas do autor do testamento não firam as regras da ética médica.

Segundo Bevenute (2015), vale ressaltar que a Resolução nº 1.805/2006, do Conselho Federal de Medicina brasileiro, citada no item 2.1.9, que aborda a ortotanásia, tem contribuído para fundamentar o entendimento doutrinário em torno da questão do testamento vital, exatamente por tratar da limitação ou suspensão de procedimentos ou tratamentos inadequados à situação de pacientes moribundos. Sugere-se que para a elaboração do mesmo a pessoa deva procurar orientação médica e jurídica.

2.8 Luto - Enfrentamento da perda

A perda pode ser definida como o estado ou fato de se ficar privado de alguém ou de alguma coisa a que se atribui um valor determinado. Como a perda sempre envolve uma forma de privação, conseqüentemente, é por norma considerada negativa e dolorosa, afirmam Howarth e Leaman (2001).

De todas as perdas, a mais significativa é a morte de um ente querido.

As perdas podem ser classificadas em duas categorias: reais e simbólicas. A primeira engloba situações físicas ou materiais, como a morte de alguém que se ama, um incêndio na casa ou o roubo de um carro. Por outro lado, as perdas simbólicas são abstratas e impalpáveis. Esta categoria engloba fatos que ocorrem no domínio psicossocial e relaciona-se com aspectos de interação social do indivíduo. O divórcio, a perda de

estatuto social ou a perda de uma amizade. Tanto as perdas simbólicas como as físicas geram processos de luto. (HOWARTH e LEAMAN, 2001, p. 396).

Desta forma, compreende-se a perda e sua elaboração como elementos contínuos no processo de desenvolvimento humano e o luto como uma reação natural à mesma.

2.8.1 Hospitalidade Familiar - Enfrentamento da perda pela família

A perda tanto pode acontecer por meio do luto como também em relação a capacidade física do indivíduo, por ocasião da velhice. A diminuição ou perda total da autonomia, além da dependência de terceiros podem desencadear um processo de luto.

Howarth e Leaman (2001) apontam que a perda pode não ser reconhecida, socialmente, em algumas circunstâncias, e que os afetados pela dor podem ser colocados em situação de difícil compreensão e superação. A título de exemplo citam a perda de uma criança por meio de um aborto espontâneo. Este tipo de perda parece só dizer respeito aos diretamente afetados, os pais. A sociedade, normalmente não processa a perda de forma concreta, não oferece suporte e tampouco a valoriza.

Outro tipo de perda que na maioria das vezes desmerece o reconhecimento da sociedade são as envolvidas com relacionamentos não ligados diretamente à família, tais como: colega de trabalho, vizinho ou a perda de um amigo. Pode-se acrescentar a esta lista a perda de pessoas envolvidas em relacionamentos extraconjugais, bem como nas relações entre lésbicas e homossexuais masculinos.

Kovács (2008) afirma que é neste sentido que a perda pode ser chamada de morte “consciente” ou de morte vivida. Reforça que a morte rompe vínculos, em especial quando o fato se dá de forma concreta. A irreversibilidade da perda é o que gera maior impacto e normalmente envolve duas pessoas, a que parte e a que fica. O que morre é a parte “perdida” e o que fica, “lamenta esta falta, um pedaço de si que se foi”. Cabe aqui ressaltar a característica idiossincrática a ser considerada nas reações das pessoas diante da perda de ente queridos.

Outro fato de importante influência abordado por Howarth e Leaman (2001) refere-se ao sentimento de morte apropriada ou morte inapropriada, onde a primeira situação pode ser relacionada à morte de um idoso que possui uma história de vida e, portanto, maior aceitação, enquanto a segunda relacionada a morte de uma criança ou de um adolescente, naturalmente menos aceita e com maior dificuldade de superação.

Ariès (2013) tece uma crítica sobre a indecência do luto adotada pelo ocidente na contemporaneidade, onde a dor e a saudade devem permanecer no coração e impedida de ser manifestada em público. Chorar o luto pode incomodar àquele que o assiste.

O declínio do luto observado por Gorer, em seus estudos datados de 1963, ressaltam uma notável preferência pelos crematórios e também pela dispersão das cinzas dos mortos. Ressalta que a cremação parece dar ao morto um sentido completo e definitivo sobre sua terminalidade se comparada ao enterro.

Ariès (2013) ressalta que a recusa da família pela materialização do local do sepultamento do morto torna-se aparente na análise de Gorer (1965). Desta forma, o culto do túmulo passa a ser substituído pelo culto da lembrança em casa, seja pela flor que é colocada diante de uma fotografia ou do quarto do falecido que permanece conservado em memória do mesmo. Afirma que existem duas maneiras de se cultivar a lembrança dos falecidos: uma tradicional desde o fim do século XVIII, no túmulo, e que regride mais depressa na Inglaterra do que no continente, e a outra, em casa.

Gorer (1965), por sua vez, distingue três categorias de enlutados: aquele que consegue esconder completamente a sua dor; o que a esconde dos outros, guardando-a para si mesmo; e o que a deixa aparecer livremente.

O processo de luto, segundo a análise de Kovács, deve ser vivenciado pela expressão dos sentimentos daqueles que sofreram a perda, contudo tais “manifestações sofreram alterações no decorrer do tempo”.

No século XIX, a morte romântica traz em seu bojo a ideia de morte como uma ruptura insuportável, porque representa a morte do outro. É o período das grandes explosões sentimentais, a tristeza e a dor cantadas em verso ou prosa. Era muito frequente morrer de amor: se o outro morre, morro também. Está aí estabelecida a relação entre as perdas e o suicídio. Romeu e Julieta são os grandes protagonistas do amor, da separação e da morte, sendo este também o grande argumento das óperas dramáticas. (KOVÁCS, 2008, p. 156).

Bowlby (1985) apresenta as quatro fases do luto: entorpecimento ou choque; anseio e procura pela figura perdida; desorganização e desespero; e eventual reorganização.

Kovács (2008) reforça que o processo de luto requer tempo e seu objetivo principal é o encontro com a paz e disponibilidade para novos investimentos, como recordações e lembranças elaboradas com equilíbrio.

Além das quatro fases do luto, Bowlby (1985) cita cinco aspectos levantados, que podem afetar o processo de luto e contribuir para a evolução de um quadro patológico: identidade e papel da pessoa que foi perdida; idade e sexo do enlutado; as causas e circunstâncias da perda; as circunstâncias sociais e psicológicas que afetam o enlutado, na época e após a perda; a personalidade do enlutado, com especial referência a sua capacidade de amar e responder a situações estressantes.

Convém enumerar alguns aspectos tratados por Kovács (2013) sobre as características levantadas por Bowlby (1985):

- Primeiramente, cada uma das características citadas acima pode facilitar ou dificultar o processo de luto, em função da personalidade do indivíduo e seu histórico de vida e vínculo com a pessoa morta;
- O grau de investimento afetivo com a pessoa morta além da dependência física e psíquica interferem na reorganização da vida de quem fica;
- As causas e circunstâncias da perda também interferem no processo de elaboração do luto;
- Mortes inesperadas e bruscas, complicam o processo, promovem revolta e desespero e podem acarretar sentimento de culpa, em especial se a morte for provocada por acidente de trânsito com a presença do enlutado como sobrevivente;
- Doenças graves, em que o morto passou por longo período de cuidados, podem provocar o surgimento do “luto antecipatório”, estágio em que as perdas passam a ser elaboradas com a pessoa ainda viva, dada a dependência e limitação de atividades entre o doente e aquele que o assiste e o acompanha. Este processo pode gerar sentimentos ambíguos, pois em determinados momentos pode surgir o desejo de que o parente ou o cônjuge morra para aliviar o sofrimento de ambos e por consequência despertar a culpa em razão destes sentimentos;
- O histórico do relacionamento do enlutado com o morto pode influir significativamente no processo do luto, em especial se este for carregado de hostilidade;
- O suicídio é considerado uma das mortes mais difíceis de ser elaborada pelos entes queridos, quando a sensação de impotência, abandono e culpa normalmente atingem os que ficam. O sentimento de vergonha, além da responsabilidade imputada pela sociedade são comuns em casos de suicídio;
- Fatores como a idade, condição econômica, se o sobrevivente vive sozinho ou tem que cuidar de outras pessoas, também podem afetar a superação do luto.

O luto infantil também foi observado por Bowlby (1985), que percebeu a influência do processo de luto vivido pelos adultos. A criança igualmente ao adulto também processa

inicialmente a negação da perda. Em virtude do pensamento mágico, a criança se responsabiliza pela morte do outro, sofre a sonegação de informações por parte dos adultos e se atrapalha em seu processo de luto. Os adultos costumam “poupar” as crianças escondendo seus sentimentos e evitando o diálogo. Tal atitude acaba por gerar mais problemas, pois a criança, igualmente ao adulto, também passa a reprimir seus sentimentos em relação a perda.

A análise apresentada por Bowlby nos reporta à *Pornografia da Morte*, de Gorer, já comentada nesta pesquisa e a curiosa troca elaborada pela sociedade que antes tinha o sexo como tabu, cujo diálogo era evitado especialmente com as crianças e hoje liberado por vezes, de forma precoce, deu seu lugar à morte interdita, feia e pornográfica.

2.8.2 Auto-hospitalidade - Enfrentamento da Morte pelo próprio indivíduo

Corrado (2011) traz a expressão auto-hospitalidade em sua análise sobre o diário íntimo. Ressalta que, devido ao caráter solipsista da escrita, a hospitalidade não poderia ser interpretada, neste contexto, como uma interação social. A autora discorre o exercício do diário-íntimo como um compromisso travado entre a pessoa e o seu interior.

A decisão de manter um diário nasce geralmente de um mal-estar interior ou de uma situação de ruptura que gera um sentimento de estranheza para consigo mesmo. Em resposta, o diário é uma tentativa de criação de um lugar para si, para se acolher neste encontro cotidiano que a pessoa marca consigo mesma (CORRADO, 2011, p. 655).

Nos rituais da acolhida de si, ainda no contexto da escrita-íntima, Corrado (2011) interpreta o diário como um espaço hospitaleiro, contudo com uma característica ritualística transformadora, por converter o espaço de acolhida em recolhimento. As pessoas costumam se reunir em volta do chá, do café ou de uma reunião para conversarem entre si, porém, quando estão sós, falam consigo mesmas.

Abrir o diário, isolar-se no tempo e no espaço, escolher um local privilegiado, sua pluma e seu papel, iniciar a conversa, constituem o ritual renovado a cada entrada pelo qual o diarista recria as condições de acolhida de si. Um diário se abre e se fecha como uma porta; a página cotidiana se torna a soleira simbólica entre o eu e o mundo, o dentro e o fora cuja transposição desencadeia o processo de hospitalidade de si a si. (CORRADO, 2011, p. 658).

Corrado (2011) reforça que durante a escrita íntima estabelece-se um exame de consciência, o confidente assume o papel de juiz, ou seja, “um eu-observador destacado do eu-agente”. Ressalta que a hospitalidade cumpre a função de permitir à pessoa “subtrair-se da hostilidade exterior”, por isso o diário-íntimo cria um “espaço de retiro” permeado de solidão.

Hennezel (2004) mostra, através de experiências realizadas com pacientes terminais, que os indivíduos carregam, em seu íntimo, a indagação sobre a própria terminalidade e o sentido da própria existência. Ressalta ser este o grande motivo que nos deixa tão atingidos pela morte do outro.

Pensa-se proteger quem vai morrer, mas será que não procuramos proteger a nós mesmos? Que sabemos das reações íntimas de um moribundo? Não subestimamos sua capacidade de enfrentamento? (HENNEZEL, 2004, p. 23).

A autora compreende como um privilégio assistir alguém em seus últimos momentos de vida. Constata que acompanhante deste episódio penetra num período de tempo muito íntimo. Destaca o esforço do moribundo, que tentará depositar com os que o assistem a essência de si mesmo, através do diálogo, do gestual ou simplesmente de um olhar.

Cabe aqui propor uma reflexão sobre a relevância da auto-hospitalidade, colocada por Corrado (2011) em sua narrativa sobre o diário íntimo e a morte íntima discutida por Hennezel (2004). Compreende-se que a auto-hospitalidade nos propõe a guarida do homem para consigo próprio. Tanto no contexto do diário íntimo, que lhe permite uma autoindulgência, como no contexto da morte íntima, colocado por Hennezel que nos retrata a aceitação ou acolhimento do homem para consigo próprio, quando no confronto individual de sua própria morte.

Cada pessoa, abarcada por seu universo único, íntimo, permeado de representações singulares, que só cabem em suas próprias experiências, imprimirá sua interpretação à inédita experiência de partida deste mundo.

Miterrand (2004) mostra que as formas do lidar com a morte e o morrer, a aceitação da morte como um processo natural e a crença no cumprimento do destino, faziam parte do cotidiano da vida das pessoas e lhes dava a sensação do “dever cumprido”.

No momento da mais profunda solidão, o corpo rompido à beira do infinito, instaura-se em novo tempo, fora da medida comum. Às vezes em certos dias, pelo socorro de uma presença que permite ao desespero e à dor se expressarem, os doentes assumem sua vida, apropriam-se dela,

desvelam sua verdade. Descubrem a liberdade de aderir a si mesmos. Como se, quando tudo se acaba, tudo se desfaz do peso das dores e ilusões, que nos impedem de pertencer-nos. O mistério de existir e de morrer não é esclarecido, mas plenamente vivido. (MITERRAND, 2004 *apud* HENNEZEL, p. 8-9).

Compreende-se aqui a intimidade do moribundo em seu momento de ruptura com a vida. O momento de deixá-la, com a possibilidade de viver este último instante da forma mais plena e intensamente possível.

Assim, é evidente que a hospitalidade traduz uma relação entre duas pessoas, o que recebe e o que é recebido, o anfitrião e o hóspede. Mas, tal como lembrado por Verdade (2006) na sua ecologia mental (como relação do indivíduo consigo mesmo), termo sugerido por Guattari (1990), será que se pode falar de hospitalidade do indivíduo para consigo mesmo na hora da morte? Segundo o autor,

A ecologia mental, por sua vez, será levada a reinventar a relação do sujeito com o corpo, com o fantasma, com o tempo que passa, com os "mistérios" da vida e da morte. Ela será levada a procurar antídotos para a uniformização midiática e telemática, o conformismo das modas, as manipulações da opinião pela publicidade, pelas sondagens etc. (p. 15).

Em outras palavras, a morte é um evento que o indivíduo pode assimilar dentro da própria consciência, de forma original, longe das imagens forjadas pela mídia e pelo senso comum.

Se a hospitalidade do indivíduo para consigo mesmo na hora da morte é um tema pertinente, mais ainda o é a relação entre o moribundo e aqueles que irão enterrá-lo.

2.8.3 Hospitalidade Profissional - Enfrentamento da perda pelos profissionais da saúde

A escolha da profissão é um passo de extrema importância na vida de uma pessoa. As Ciências da Saúde, como o próprio nome diz, são áreas de estudo voltadas para vida, a saúde e a doença. Seu principal objetivo consiste na formação de pessoas em prol da promoção da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida daqueles que se utilizam de seus serviços.

Kovács (2013), em sua pesquisa sobre morte e desenvolvimento humano, questiona: “o que faria um estudante escolher a medicina como área de realização profissional?”.

A necessidade do médico pôr em prática sua formação reativa é destacada por Kovács (2013), por meio da conquista da doença, o desafio da morte e a tentativa de tomar medidas

heroicas para salvar a vida de um paciente. Por outro lado, quando morre o paciente, o médico é atingido em seu narcisismo. Portanto, vale observar que, em algumas situações, a assistência ao paciente grave em estado terminal passe a ser relegada à equipe da enfermagem.

Se observarmos com atenção o comportamento dos médicos em um hospital, quando um paciente passa a ser considerado fora de possibilidades terapêuticas, vamos notar que diminuem claramente as visitas dos médicos. É o exercício prático da conhecida expressão “não há mais nada a fazer”, mas é também uma forma de se evitar o contato com a morte”. (CARVALHO, 2011, p. 37)

A dificuldade em lidar com a morte e a interpretação da mesma são de caráter individual e o profissional da saúde, como qualquer outra pessoa, tem a sua própria maneira de enfrentá-la. O fato de salvar vidas ser o cerne de sua especialidade profissional, pode trazer-lhe sentimentos relacionados à impotência, fracasso, culpa ou raiva.

A onipotência médica pode estar ligada à fase patriarcal, em que se constela um a imagem do pai salvador e o médico se coloca como o herói poderoso diante do arquétipo da morte. O médico tornou-se o senhor da vida e da morte. Não raro vemos médicos que perderam o discernimento, tentando medidas quixotescas quando a morte já venceu a batalha. (KOVÁCS, 2013, p. 236).

Cabe aqui abrir uma reflexão sobre a formação técnica dos profissionais da saúde. Tais profissionais recebem formação e desenvolvem competências para combater a doença e, por consequência, a morte, mas não especificamente para lidar com as questões da doença e da morte.

A equipe de enfermagem no cenário hospitalar, na maioria das vezes, é a que se mantém mais próximo do paciente e, por consequência, torna-se coadjuvante dos momentos críticos do mesmo. O tratamento dispensado pela enfermagem aos pacientes terminais vai desde a questão higiênica à confidências e temores dos mesmos quando diante da própria morte. Com o falecimento, o profissional da enfermagem toma as providências de praxe dispensadas ao morto, presta atendimento burocrático e amparo à família angustiada.

Além dos médicos e a equipe de enfermagem, um outro ponto importante a ser tratado é o papel do cuidador diante das situações da morte e do morrer, no cuidado com pacientes portadores de doenças crônicas ou ainda em estado terminal.

Carvalho (2011) observa a falta de institucionalização e de preparo para a profissão de cuidadores. Discorre sobre o impacto vivenciado por ele e seus colegas, ainda muito jovens, durante as aulas de anatomia.

Não nos era dada a menor assistência emocional. Éramos deixados à nossa própria sorte, tendo de lançar mão de nossos próprios recursos pessoais para resolver questões emocionais para as quais, na maioria das vezes, não estávamos preparados [...] Era como se tivéssemos de passar por um rito de iniciação, o mesmo pelo qual nossos professores provavelmente passaram, para aí então podermos pertencer à confraria dos médicos. (CARVALHO, 2011, p. 64).

A morbidade psicológica na população médica já foi tema de pesquisa, segundo Carvalho (2011). Destaca ser comum durante a prática profissional, no ambiente hospitalar, colegas (profissionais da saúde) buscarem, informalmente, ajuda psicológica por se encontrarem com dificuldades emocionais ocasionadas pelo estresse de trabalho. Afirma ainda que tais solicitações ocorrem de forma sigilosa, por temerem alguma reação “não acolhedora” por meio da instituição.

Os cuidados paliativos surgem como uma nova abordagem neste cenário para amenizar o dilema do enfrentamento da morte pelo médico e pela equipe de enfermagem. Pautado no propósito de promover qualidade de vida para o paciente terminal, os cuidados paliativos quebraram o paradigma do indiscutível processo de cura, imposto pela formação na área da saúde, e propôs um novo olhar para os médicos e equipe assistencial para a morte e o morrer.

Kübler-Ross contribuiu de forma significativa para a prática dos cuidados paliativos, por meio da realização de seminários junto a pacientes terminais, com o propósito de promover maior aproximação entre os profissionais da saúde e os doentes terminais. Abordagens sobre a comunicação da má notícia para paciente e família são colocadas em cheque. Kübler-Ross (2008) chama a atenção para a conspiração que às vezes se estabelece entre profissionais, família e paciente, quando preferem omitir o estado terminal do paciente diante de um quadro irreversível.

Carvalho (2011) ressalta que quando se estabelece a mentira, toda a comunicação entre a família, o paciente e corpo clínico fica severamente comprometida. “Todos fingem. Uns fingem que não sabem aquilo que sabem. O paciente finge que não percebe o que percebe”.

O diálogo, o cuidado e a oportunidade do paciente terminal poder expressar seus sentimentos, por mais complexos que sejam, para os seus entes e para os profissionais envolvidos com sua assistência são de grande importância para a trajetória de sua finitude.

Se considerarmos o estresse provocado nos profissionais da saúde, em especial quando se deparam com circunstâncias delicadas como as relacionadas a assistência na morte de um paciente moribundo, perceberemos que ainda faltam providências a serem tomadas sobre estas questões.

Kovács (2008) nos chama à essa reflexão sobre a formação da área médica:

No treinamento do pessoal da área médica ocorre uma dessensibilização dos elementos que possam evocar a morte. As pessoas são transformadas em órgãos, ossos, sangue, numa reação contrafóbica, representando uma atitude vitoriosa e de domínio. É enfatizada a objetividade científica, o controle sobre a doença, e o paciente vira um número. O medo da morte se torna uma questão intelectual (KOVÁCS, 2008, p. 237).

Além da citação acima, a autora exalta a importância da discussão sobre a morte na formação da enfermagem, considerando este profissional como um dos mais envolvidos no processo da terminalidade de pacientes.

A relação paciente / enfermeira é fundamental. Muitas vezes, a enfermeira é a pessoa mais próxima ao doente, que cuida de suas necessidades básicas e que melhor o conhece como pessoa. Está subordinada ao médico a quem compete tomar as decisões mais cruciais, e à enfermeira cabe colocá-las em prática, mesmo que tenham opiniões divergentes a respeito (KOVÁCS, 2008, p. 237).

Além da enfermagem, a autora observa a formação dos psicólogos e a importância dos mesmos também serem preparados para lidar com pacientes que se encontram em situações de risco, vítimas de diagnósticos de saúde irreversíveis, ou sensíveis à outras situações, como o luto, em suas várias instâncias. Reforça que este profissional vem sendo requisitado para trabalhar em clínicas, hospitais com pacientes portadores de doenças graves e também com suicidas.

Berezin (2011) discorre sobre o desgaste emocional dos profissionais da saúde diante das situações de morte, inevitáveis no desempenho de suas funções.

É comum os profissionais de saúde utilizarem mecanismos de defesa socialmente estruturados para evitar a angústia, por exemplo, a fragmentação da relação profissional/paciente, a despersonalização, a negação da importância do indivíduo, o distanciamento, a negação dos sentimentos, a tentativa de eliminar decisões e a redução do peso de responsabilidades. Tais mecanismos são bastantes presentes nas

instituições de saúde, mas não são capazes de proteger os profissionais do sofrimento nem auxiliar os doentes (BEREZIN, 2011, p. 56).

Kovács (2008), apoiada em seu extenso exercício investigativo sobre o tema da morte, criou a partir de 1986 a disciplina optativa “Educação para a Morte”, para o currículo de psicologia da Universidade de São Paulo. Enfatiza ser o tema obrigatório para a formação do psicólogo, contudo o envolvimento que cada um tem em relação a morte, consiste numa escolha individual.

A possibilidade deste curso ser expandido para outras áreas da saúde, tais como medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional e também cursos de teologia, considerando algumas modificações e espera a formação de grupos interdisciplinares formado por alunos e profissionais para discutir o tema, é uma das grandes expectativas de Kovács (2008).

Felizmente, o trabalho do psicólogo clínico já é reconhecido e utilizado por vários hospitais no Brasil, espera-se um maior engajamento na formação dos profissionais da saúde sobre as questões relacionadas à morte e o morrer, como também um maior apoio assistencial psicológico para amparar médicos, enfermeiros, equipe de hotelaria hospitalar e demais envolvidos com o acolhimento e a hospitalidade nas organizações de saúde.

2.9. Síntese do Capítulo

Neste capítulo, inicialmente, buscou-se o conceito de hospitalidade por meio da visão de Camargo (2004) que a compreende como o “ritual básico do vínculo humano”; em Grassi (XX) que a enxerga como “uma ponte frágil e perigosa estabelecida entre os dois mundos o de dentro e o de fora”; em Derridá que defende a hospitalidade incondicional, necessária nas relações de troca entre as pessoas e a traduz como uma “lei não escrita”.

As instâncias propostas por Camargo (2004) convergem com o resumo das formas de hospitalidade em torno da morte apresentadas por Catherine Le Grand-Séville e Françoise Zonabend (2011), pois enquanto estes apresentam a hospitalidade ao moribundo e a hospitalidade para com o morto, Camargo (2004) utiliza-se do conjunto de tempos e espaços da hospitalidade para explicá-la como o “ato humano, exercido em contextos doméstico, público ou profissional, de receber, hospedar, alimentar e entreter, pessoas temporariamente deslocadas de seu *habitat*” (p. 52).

Nesse sentido, vale dizer que a hospitalidade a ser prestada ao moribundo, pode se dar em espaços domésticos, comerciais, públicos e virtuais e que quanto aos tempos compreende-se que a mesma pode ser cumprida por meio da recepção prestada tanto ao moribundo quanto ao seu cadáver.

Na hospitalidade para como o morto, abordaram-se as seguintes etapas: cuidar dos mortos; hospedar os mortos; alimentar os mortos; lembrar-se dos mortos e o velório virtual. Em todas estas instâncias de forma transversal os tempos e os espaços conceituados por Camargo (2004) fizeram-se presentes para o cumprimento de todos os rituais de acolhimento necessários à hospitalidade direcionada à morte.

No contexto contemporâneo, o homem deixa o leito de morte doméstico e dá preferência ao ambiente hospitalar para concretizar sua morte. A hotelaria hospitalar surge para promover a hospitalidade num contexto mais explícito, com foco num maior bem-estar ao cliente de saúde, familiares, acompanhantes e visitantes. Imprime uma nova arquitetura hospitalar, juntamente com a gastronomia hospitalar, oferece uma nova forma de hospedagem amparada por uma equipe de *concierges* que atuam como facilitadores dos processos que envolvem a assistência médica e o atendimento a um cliente mais informado e mais exigente.

O movimento por um atendimento mais humanizado ao cliente de saúde não poderia ser completo se não contasse com os cuidados paliativos e os cuidados integrativos, que comprometidos com a qualidade de vida do paciente terminal, trabalham com foco no alívio da dor e na assistência integral do paciente enquanto indivíduo.

Paralelamente aos cuidados paliativos, surge a bioética e as polêmicas discussões sobre a morte clínica, a eutanásia, o suicídio assistido, o turismo do suicídio, a distanásia, a ortotanásia, a mistanásia e o testamento vital. Este complexo conjunto de situações apresentadas pela bioética propõe a análise de atitudes a serem adotadas no atendimento voltado para pacientes terminais e às possíveis formas do morrer. Novamente a hospitalidade cumpre seu papel permitindo, na medida do possível, acatar as opções expressas pelo paciente terminal em sua autonomia sobre sua própria vida.

Por fim, o enfrentamento da perda permitiu a abordagem sobre as três categorias: Hospitalidade Familiar, Auto-hospitalidade e Hospitalidade Profissional, que distintamente permitiu a elaboração das formas de enfrentamento do luto, considerando o tempo, o espaço e as peculiaridades que envolvem o processo da morte e do morrer, entre aqueles que partem, entre os que os assistem e os perdem.

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA APLICADA AO ESTADO DA ARTE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE HOSPITALIDADE E MORTE

O presente capítulo detalha o desenvolvimento de uma pesquisa sobre o estado da arte que trata especificamente da produção científica sobre hospitalidade e morte, produzidas em instituições de ensino superior brasileiras no período de 1988 a 2012. Após as considerações metodológicas aplicadas à pesquisa, caracteriza-se a amostra, considerando sua evolução temporal, nível educacional, área de conhecimento, instituições de ensino e abrangências dos locais de estudo. Em seguida, procede-se à análise temática com uma proposta de categorias de pesquisas com abordagem sobre a temática.

3.1 Considerações Metodológicas

A pesquisa focada na produção científica sobre hospitalidade e morte, assumiu a forma de estado da arte, por ter como fontes a produção científica as dissertações de mestrado e teses de doutorado. Ferreira (2002) define as pesquisas intituladas “estado da arte” como de caráter bibliográfico, cujo objetivo cumpre mapear e discutir uma determinada produção acadêmica em diferentes campos do conhecimento para identificar aspectos, dimensões e tendências em diferentes épocas e lugares. Busca ainda identificar as formas e condições de produções científicas adotadas pelas dissertações de mestrado, teses de doutorado, publicações em periódicos e em anais de congressos e seminários.

Também são reconhecidas por realizarem uma metodologia de caráter inventariante e descritivo da produção acadêmica e científica sobre o tema que busca investigar, à luz de categorias e facetas que se caracterizam enquanto tais em cada trabalho e no conjunto deles, sob os quais o fenômeno passa a ser analisado (FERREIRA, 2002, p. 258).

Volpato (2007) ressalta a importância do estado da arte e sua inferência no ambiente competitivo entre os cientistas, constantemente avaliados por suas competências. Ressalta que este processo tem se baseado quase que exclusivamente na qualidade da pesquisa científica.

As facilidades advindas da “e-globalização” facilitaram muito a aplicação e o desenvolvimento de formas para essa avaliação. Porém, os conceitos usados nessas avaliações são, felizmente, provenientes das bases históricas e filosóficas da Ciência (VOLPATO, 2007, p. 98).

Spink (1996) define o “estado da arte” como uma exposição sobre o nível de conhecimento e o grau de desenvolvimento de um dado campo, com ênfase no que há de mais recente. Ressalta, adiante, a ambiguidade implícita na construção da expressão “estado da arte” com o qualificador “questionando”. Informa que para definir o “estado da arte” buscou nos registros do Collins Concise Dictionary de 1989, contudo nada encontrou no Oxford English Dictionary de 1978. No Brasil, não encontrou a definição do estado da arte no Aurélio de 1975, porém no Caldas Aulete – 5ª. Edição de 1986, aparece no verbete “estado da questão”, cujo sentido traduz “exposição de tudo que diz respeito a uma questão”, sem se referir, portanto, “ao mais atual e novo”.

Em ambos os sentidos, trata-se de uma exposição sobre o nível de conhecimento e desenvolvimento de um campo ou questão. Já “questionar” tem o sentido inequívoco de fazer ou levantar questões, de discutir, disputar, controverter e até mesmo alterar (SPINK, 1996, p. 167).

Ferreira (2002) observa que a produção significativa de pesquisas do estado da arte nos últimos anos retrata uma grande movimentação por parte dos pesquisadores, que buscam conhecer de forma holística as áreas de estudo sobre as quais pretendem se aprofundar, e que tal movimentação reflete um crescimento não só quantitativo, como também qualitativo, para esta área de conhecimento.

Segundo Ferreira (2002) os pesquisadores que optam pelo estado da arte elaboram o mapeamento da área de interesse, para que, a partir do conhecimento do que já foi produzido, possam iniciar sua pesquisa por meio dos campos ainda não explorados. Juntamente com o mapeamento, o pesquisador contribui com a divulgação do material selecionado e em alguns casos com publicações de difícil acesso.

Faz-se necessário destacar as limitações sobre esta metodologia observadas por Ferreira (2002) com relação à assertividade dos resumos de dissertações e teses nos catálogos bibliográficos com o objetivo da pesquisa, devido à uma série de modificações que o material pode vir a sofrer para atender às exigências específicas para publicação.

Vê-se que muitas vezes o próprio autor da dissertação ou da tese torna-se também autor de vários resumos, atendendo às exigências de seu programa de Pós-Graduação. Um, que é o que constará em uma das primeiras páginas de sua pesquisa; outro que acompanhará o formulário

da ANPED (para aqueles que estão inscritos nos programas ligados à Educação); e ainda, aquele que cumpre às solicitações da CAPES. Para cada um deles, diferentes exigências quanto ao número de linhas, tamanho das letras, o que deve constar etc. (FERREIRA, 2002, p. 5)

Considerando as variáveis expostas por Ferreira (2002), a produção de vários resumos pelo mesmo autor sobre uma única pesquisa com dados diferentes, seja em forma ou conteúdo, poderá exigir do pesquisador uma atenção redobrada à análise e comparação das produções sobre a área de conhecimento em questão, pois as mesmas podem apresentar dados não necessariamente coerentes sobre os trabalhos pesquisados.

Para a elaboração da pesquisa do “estado da arte”, por meio de catálogos bibliográficos com a análise de resumos, Ferreira (2002) destaca dois momentos: no primeiro, realiza-se o levantamento da produção acadêmica, por meio da quantificação e identificação material, organizado por: local, data e área de produção. No segundo momento, considerado pela autora como o mais desafiador, o pesquisador analisará as produções e se questionará sobre a possibilidade de inventariar a produção.

A organização do material que tem diante de si pressupõe antes de tudo uma leitura que ele deve fazer não só das indicações bibliográficas e dos títulos dos trabalhos, mas principalmente dos resumos. E, há sempre a sensação de que sua leitura a partir apenas dos resumos não lhe dá a ideia do todo, a ideia do que "verdadeiramente" trata a pesquisa. Há também a ideia de que ele possa estar fazendo uma leitura descuidada do resumo o que significará uma classificação equivocada do trabalho em um determinado agrupamento, principalmente quando se trata de enquadrá-lo quanto à metodologia, teoria ou mesmo tema (FERREIRA, 2002, p. 6).

Ressalta que, a partir do segundo momento, o pesquisador enfrentará dificuldades tomado por inúmeras dúvidas sobre vários aspectos relacionados à análise.

Por outro lado, há também a sensação de que os resumos encontrados nos catálogos são mal feitos, cortados, recortados por "n" razões, sem autoria definida e de difícil acesso. Por último, ao se constatar a existência de mais de um resumo para um mesmo trabalho e além de tudo, diferentes entre si (no suporte material do texto; nas disposições tipográficas; nas informações que apresentam), instituiu-se o conflito de qual resumo responderá melhor, será o mais correto, o mais completo, o mais coerente em relação ao trabalho "original", ou melhor, integral (FERREIRA, 2002, p. 6).

Ferreira chama a atenção para a questão dos conteúdos dos resumos que podem ser compreendidos como objetos culturais, elencando, portanto, mais variações e possíveis interferências na análise do pesquisador.

Um objeto cultural criado para satisfazer uma finalidade específica, para ser usado por certa comunidade de leitores; que propõe maneiras diferentes de lê-lo; que obedece a certas convenções, normas relativas ao gênero do discurso, ao suporte material em que se encontra inscrito e às condições específicas de produção (FERREIRA, 2002, p. 267).

Os conceitos acima apresentados indicam a contribuição da aplicação do “estado da arte”, tanto no sentido da quantificação e qualificação das análises das produções científicas em suas mais variadas áreas, como também sinalizam sua importância para a avaliação das competências de cientistas e /ou pesquisadores, além de promover a oportunidade de questionar e imprimir novas inferências nas diversas áreas de conhecimento pesquisadas em seus mais diversos aspectos, alinhadas com as tendências ou com o que há de mais recente sobre o objeto em questão.

3.2 Etapas e estratégias

Especificamente, adotou-se a metodologia clássica de pesquisas de estado da arte, utilizando como ferramentas a pesquisa bibliográfica em bases de dados, periódicos, livros, teses e dissertações, anais de eventos, revistas e sites correlatos ao tema da pesquisa. Posteriormente, elaborou-se a análise de conteúdo das produções identificadas, cujo detalhamento dar-se-á no capítulo subsequente a este.

Para analisar a produção científica por meio do levantamento de teses e dissertações que tratam sobre o tema hospitalidade e morte adotou-se a metodologia do “estado da arte”.

O método utilizado para a pesquisa foi o bibliográfico através de técnicas de levantamento documental, de caráter quali-quantitativo, tendo como estratégia a análise de conteúdo de resumos sobre o tema hospitalidade e morte, por meio da busca de teses e dissertações junto à CAPES, reconhecida como a base de dados mais completa da produção acadêmica de pós-graduação *stricto sensu* no Brasil.

Inicialmente, a coleta de dados tomou por base a busca pela palavra-chave “hospitalidade e morte” no banco de teses da CAPES, entre os anos de 1988 e 2012. Como a busca não

demonstrou nenhum retorno, optou-se por uma nova tentativa, desta vez com a palavra-chave “morte”.

A busca com a palavra-chave “morte”, inicialmente retornou com o resultado de 1.714 produções científicas, que foram organizadas em planilha *Excel*, compreendendo os seguintes campos: numeração cronológica da produção; ano de publicação; UF (Unidade Federativa); Instituição de Ensino; Grande Área de Conhecimento; Área de Conhecimento; Autor; Título; Nível; Palavras-chave; Repercussão; Agência Financiadora e Resumo. A organização dessa planilha facilitou a organização e uma melhor visualização dos trabalhos.

Foi realizada uma nova seleção por meio dos títulos e grande área de conhecimento que resultou em 299 produções, sendo 56 teses e 243 dissertações. A eliminação dos demais trabalhos deu-se por meio da identificação de títulos captados na busca com palavras associadas à morte, tais como amortecedores da área da Engenharia Mecânica, amortecimento relativo à área da Medicina /Saúde, morte no sentido figurativo em diversos trabalhos da área de Letras referentes à análise de romances, poemas ou textos fictícios, como também trabalhos da área da Religião e Comunicação não correlatos à temática.

A reorganização das 299 produções, por meio de leitura mais detalhada, resultou em 229 títulos, sendo 184 dissertações de mestrado e 45 teses de doutorado.

Uma das principais dificuldades encontradas para captação e análise dos trabalhos deveu-se ao fato da CAPES, no momento do levantamento das produções científicas para o presente trabalho, não permitir o acesso às produções científicas em sua totalidade, restringindo apenas a visualização de títulos referentes ao período de 1988 a 2012.

Desta forma, partiu-se para a busca dos resumos, que se encontravam indisponíveis para acesso. A busca deu-se por meio dos títulos ou por nome do autor da produção junto ao Google Acadêmico, Domínio Público, como também se recorreu ao banco de teses e dissertações das universidades de origem.

Com este levantamento, foi possível categorizar e analisar a produção científica sobre a temática da morte considerando as áreas de conhecimento e sua relevância para as pesquisas em hospitalidade. Após esta caracterização geral, partiu-se para a definição das categorias de análise.

Categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos (BARDIN, 2011, p. 147). Franco (2008) ressalta que não existem “fórmulas mágicas” para a criação das mesmas. Cabe ao pesquisador traçar seu próprio caminho

e, para tanto, aponta dois caminhos como sugestão: categorias criadas *a priori* e categorias não definidas *a priori*, ou seja, definidas antes ou após a análise de conteúdo, respectivamente.

Segundo Franco (2008) compreende-se como categorias criadas *a priori* quando as categorias e seus respectivos indicadores são pré-determinados em função da busca de uma resposta específica do investigador, enquanto que as categorias não definidas *a priori* emergem da “fala” do discurso, do conteúdo das respostas e implicam constante ida e volta ao material de análise à teoria.

Um conjunto de categorias é produtivo desde que concentre a possibilidade de fornecer resultados férteis em índices de inferências em hipóteses novas e em dados relevantes para o aprofundamento de teorias e para a orientação de uma prática crítica, construtiva e transformadora (FRANCO, 2008, p. 68).

Com base no referencial teórico sobre o tema, apresentado nos capítulos 1 e 2, definiram-se três categorias, assim denominadas: a) Hospitalidade Familiar, relacionada ao enfrentamento da morte de um indivíduo pela família e/ou amigos ou pessoas próximas a ele; b) Auto-hospitalidade, relacionada ao enfrentamento da morte pelo próprio indivíduo; c) Hospitalidade Profissional, relacionada ao enfrentamento da morte por profissionais da saúde e da prestação de serviços após a morte.

Com a definição destas categorias, iniciou-se a análise de conteúdo dos resumos com base na releitura atenta dos resumos e títulos das pesquisas. Bardin (2011) define análise de conteúdo como um conjunto de “técnicas de análises das comunicações”. Instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” (conteúdos e continentes) extremamente diversificados.

Nesta fase, alguns títulos e resumos se revelaram pouco esclarecedores, isto é, com informações insuficientes para a classificação das 229 pesquisas nas três categorias: Hospitalidade Familiar, Auto-hospitalidade e Hospitalidade Profissional. Assim, compôs-se uma segunda amostra com 154 pesquisas, organizadas no Apêndice - Fontes de Pesquisa por Categorias de Hospitalidade.

Tabela 1: Categorias da Hospitalidade nas pesquisas sobre morte e hospitalidade – Brasil, 1988-2012

Categoria	QTD	Frequência
Hospitalidade Familiar	26	17%
Auto-hospitalidade	45	29%
Hospitalidade Profissional	83	54%
Total	154	100%

Fonte: Elaboração própria 2015.

Após estas considerações metodológicas, prossegue-se com a caracterização geral do objeto de estudo composto por 229 pesquisas acadêmicas, encontradas no período de 1988 a 2012 sobre hospitalidade e morte.

3.3 Caracterização Geral das dissertações e teses

O gráfico da Figura 4 mostra a distribuição das pesquisas sobre hospitalidade e morte no período de 1988 a 2012. Subdividindo esse período em subperíodos de cinco anos, fica clara a tendência ascendente da produção de pesquisas científicas sobre a temática da morte: de 1988 a 1992 (11); de 1993 a 1997 (23); de 1998 a 2002 (52); 2003 a 2007 (57) e de 2008 a 2012 (86).

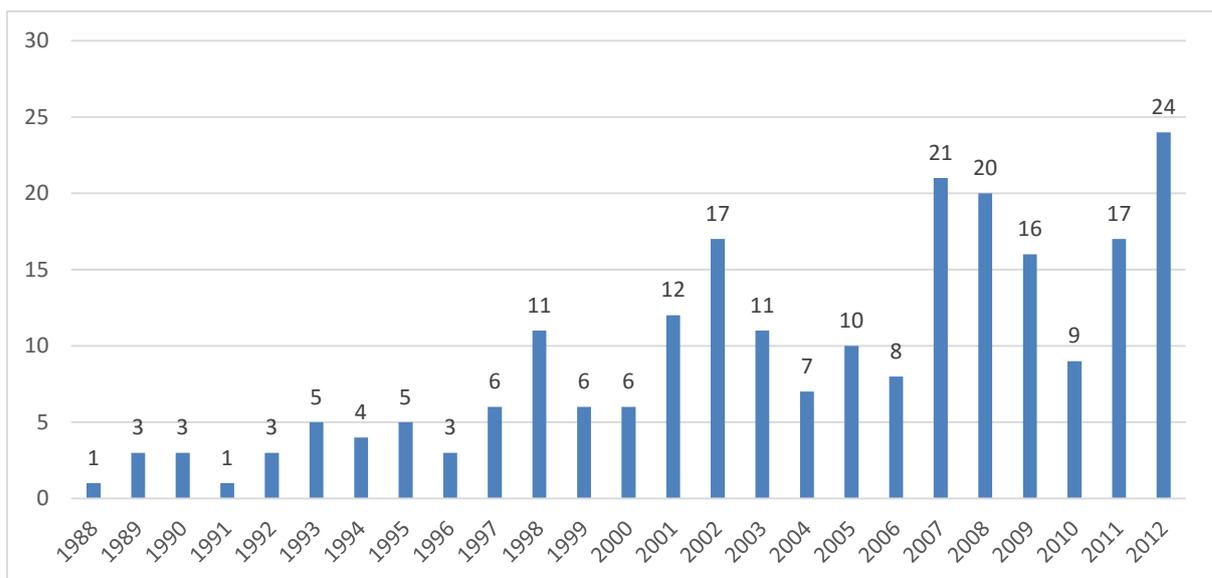


Figura 4: Pesquisas científicas sobre hospitalidade e morte por ano – Brasil, 1988-2012

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Como era esperado, a maioria das pesquisas é de dissertações de mestrado (80%), como apontado por autores de outros estudos sobre a produção científica e estado da arte em turismo e hospitalidade (Rejowski, 1997; Reis, 2015).

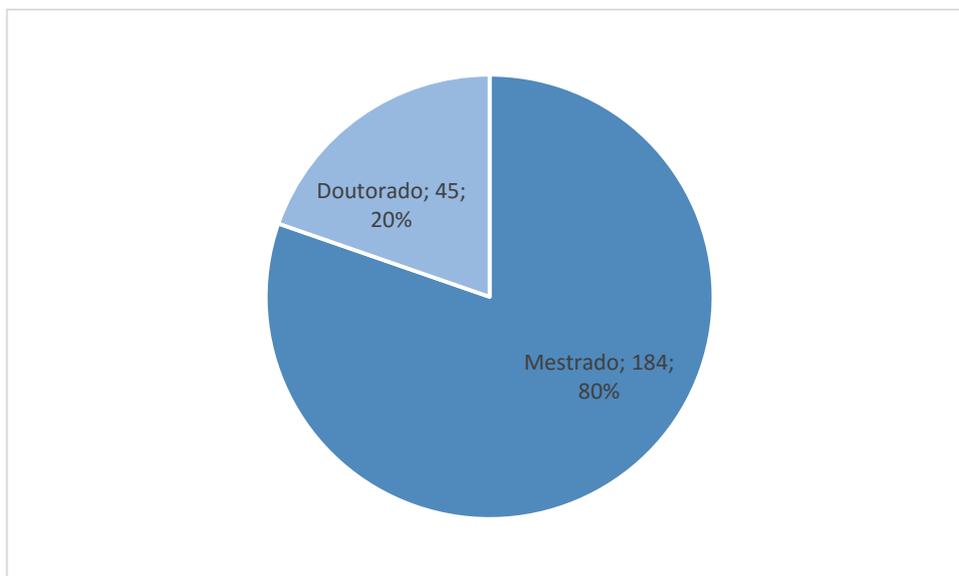


Figura 5: Pesquisas científicas sobre hospitalidade e morte por nível – Brasil, 1988-2012

Fonte: Elaboração própria, 2015.

No período investigado, ao se distribuir as pesquisas por nível (Figura 6), observou-se uma predominância constante de dissertações de mestrado ao longo dos anos com uma tendência de crescimento. A partir da segunda metade da década de 2000, apareceram as maiores produções de dissertações de mestrado (2007 e 2012) e de teses de doutorado (2008 e 2009). Parece que houve uma diminuição de interesse pelo tema nos programas de doutorados, face à decadência da produção de 2009 a 2012, ao contrário dos programas de mestrado.

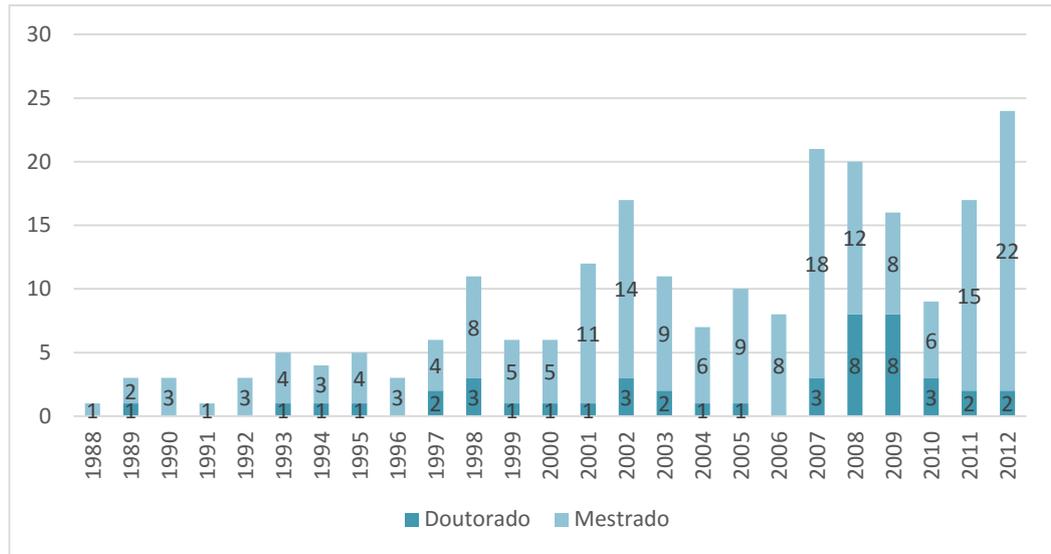


Figura 6: Pesquisas científicas sobre hospitalidade e morte por nível e ano, Brasil – 1988 -2012

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Tabela 2: Pesquisas científicas sobre morte e hospitalidade por nível e área de conhecimento – Brasil 1988-2012

	QTD	Frequência
DOUTORADO	45	20%
PSICOLOGIA	17	38%
EDUCAÇÃO	6	13%
SOCIOLOGIA	5	11%
SAÚDE	4	9%
ENFERMAGEM	4	9%
SERVIÇO SOCIAL	2	4%
HISTÓRIA	2	4%
ANTROPOLOGIA	2	4%
PSIQUIATRIA	1	2%
ODONTOLOGIA	1	2%
SOCIAIS E HUMANIDADES	1	2%
MESTRADO	184	80%
PSICOLOGIA	55	30%
ENFERMAGEM	36	20%
EDUCAÇÃO	25	14%
DIREITO	11	6%
MEDICINA	10	5%
SAÚDE	7	4%
SOCIOLOGIA	7	4%
INTERDISCIPLINAR	7	4%
TEOLOGIA	6	3%
FILOSOFIA	4	2%
SERVIÇO SOCIAL	4	2%
TRATAMENTO E PREVENÇÃO PSICOLÓGICA	3	2%

PSIQUIATRIA	2	1%
HISTÓRIA	1	1%
NUTRIÇÃO	1	1%
BIOÉTICA	1	1%
COMUNICAÇÃO	1	1%
CIÊNCIA POLÍTICA	1	1%
ANTROPOLOGIA	1	1%
SOCIAIS E HUMANIDADES	1	1%
TOTAL	229	100%

Fonte: Elaboração própria 2015.

A Tabela 2 apresenta a produção científica por nível e área de conhecimento. O nível Mestrado registra o maior número de produções (184; 80%). Enquanto Doutorado apresenta menor número (45; 20%). Com referência à área de conhecimento a área da Psicologia apresentou-se como a área mais relacionada como o tema em ambos os níveis, sendo: Doutorado (17; 38%) e Mestrado (55; 30%). As áreas da: Enfermagem (36; 20%) e Educação (25; 14%) também se destacaram, com produções ocorridas em altas frequências em ambos os níveis.

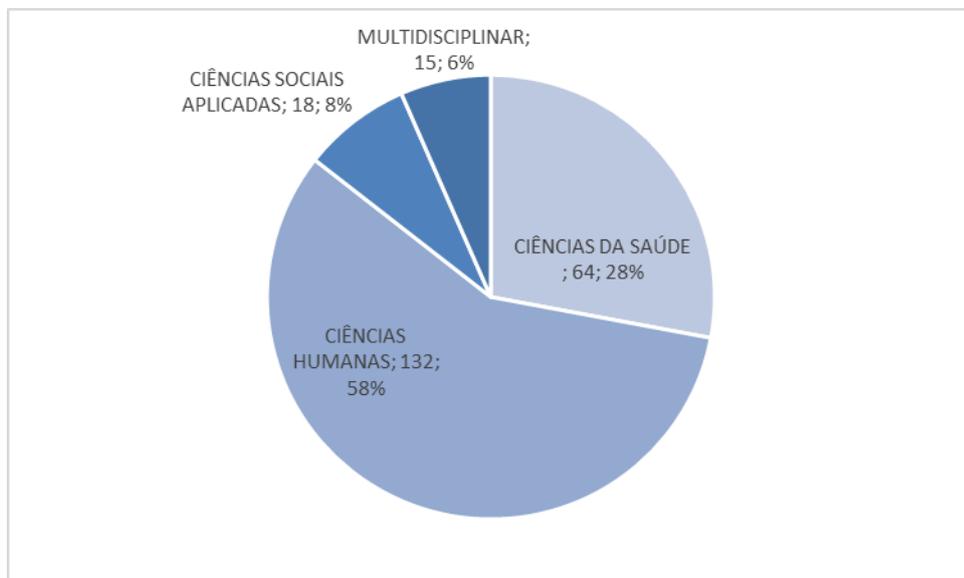


Figura 7: Pesquisas científicas sobre morte e hospitalidade distribuídas por grandes áreas de conhecimento – Brasil, 1988 – 2012

Fonte: Elaboração própria 2015.

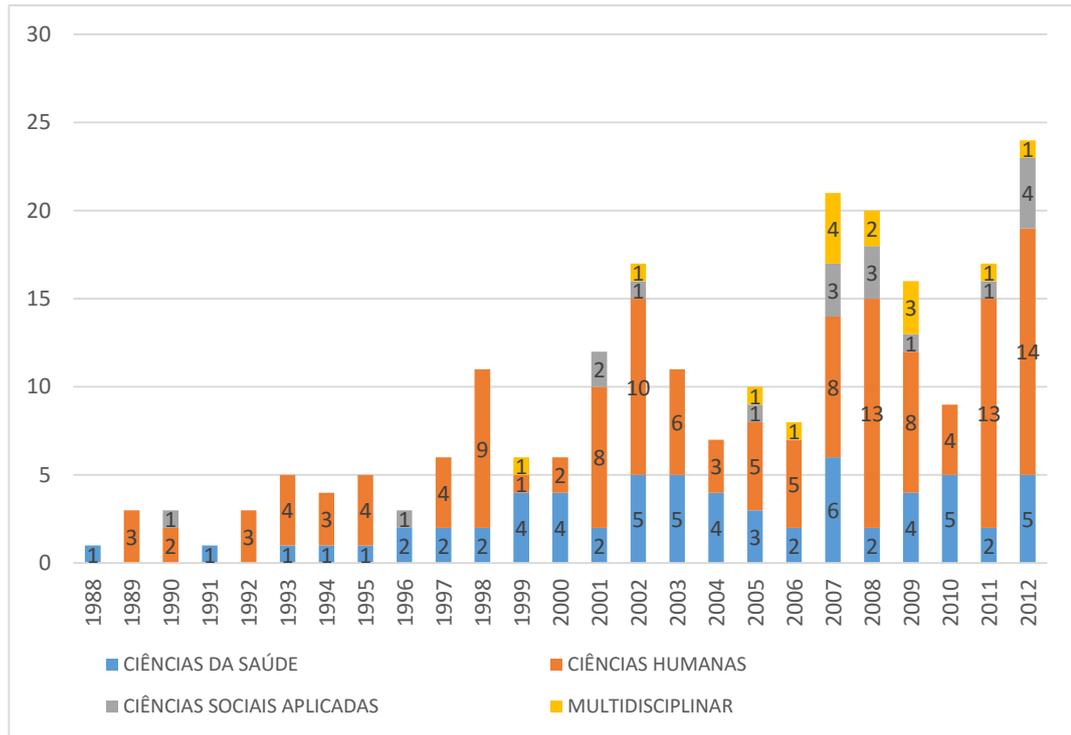


Figura 8: Pesquisas científicas sobre morte e hospitalidade por ano e grandes áreas do conhecimento – Brasil, 1988 -2012

Fonte: Elaboração própria, 2015.

A Figura 8 distribui as pesquisas por grandes áreas de conhecimento. Nota-se que as áreas das Ciências Humanas destacam-se das demais e na distribuição de pesquisas produzidas em considerável volume no ano de 1998 e entre os anos de 2001 e 2002. Entre 2003 e 2006 apresenta uma leve diminuição nas produções, retomando de forma expressiva entre os anos de 2007 e 2009. O ano de 2010 apresenta uma baixa de aproximadamente 50% em relação a produção do período anterior, retomando de forma destacada entre 2011 e 2012. As Ciências da Saúde mantêm uma produção pouco expressiva entre 1988 e 2001, com exceção de 1999 e 2000 e prossegue de forma equilibrada, com algumas oscilações nos anos de 2001 a 2012. As Ciências Sociais apresentam uma baixa produção igualmente a Multidisciplinar, os anos de 2007 e 2009 representaram os melhores anos para ambas.

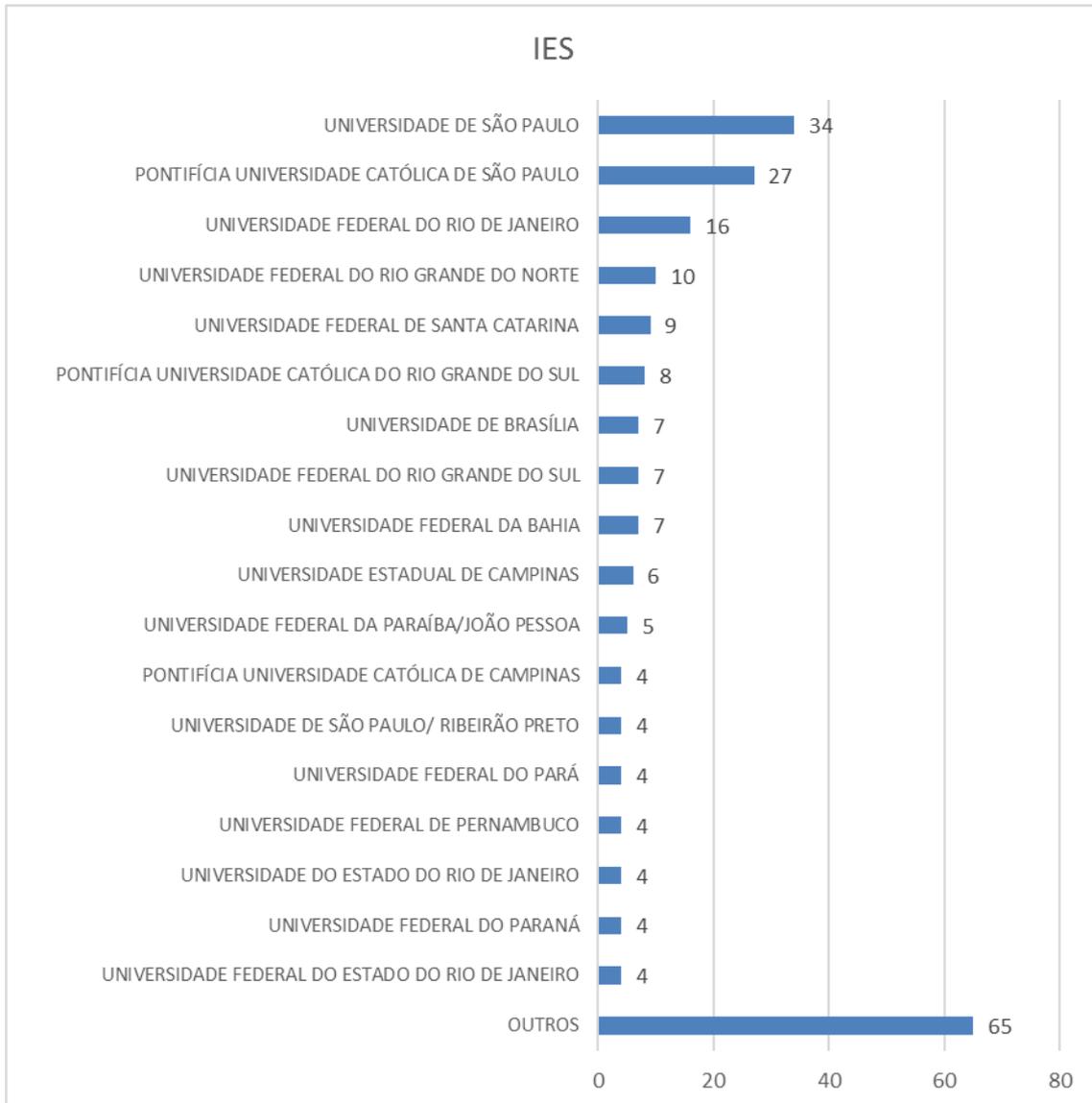


Figura 9: Teses e Dissertações sobre morte e hospitalidade produzidas por IES – Brasil, 1988- 2012

Fonte: Elaboração própria, 2015.

O gráfico da Figura 9 apresenta o número de teses e dissertações por instituição de ensino. A Universidade de São Paulo apresenta-se de forma destacada com a produção de 34 trabalhos; em segundo plano, nota-se que a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo registra o número de 28 produções; em terceiro, a Universidade Federal do Rio de Janeiro com 16 trabalhos.

São 51 instituições produtoras, sendo a maioria pública (167; 72%) e a minoria privadas (64; 28%), distribuídas por todas as regiões brasileiras, o que indica um tema de pesquisa de interesse nacional.

Entre as universidades públicas, destaca-se a USP com 34 pesquisas, e entre as privadas, a PUC de São Paulo, com 28. Juntas, essas instituições, respondem por aproximadamente 27% da produção brasileira. Além destas, sobressaem-se a UFRJ (16) e UFRN (10).

A maioria dessas instituições (37) contribui com 1 ou 2 pesquisas. Em seguida aparecem 14 IES com número de produções variando entre 3 e 5.

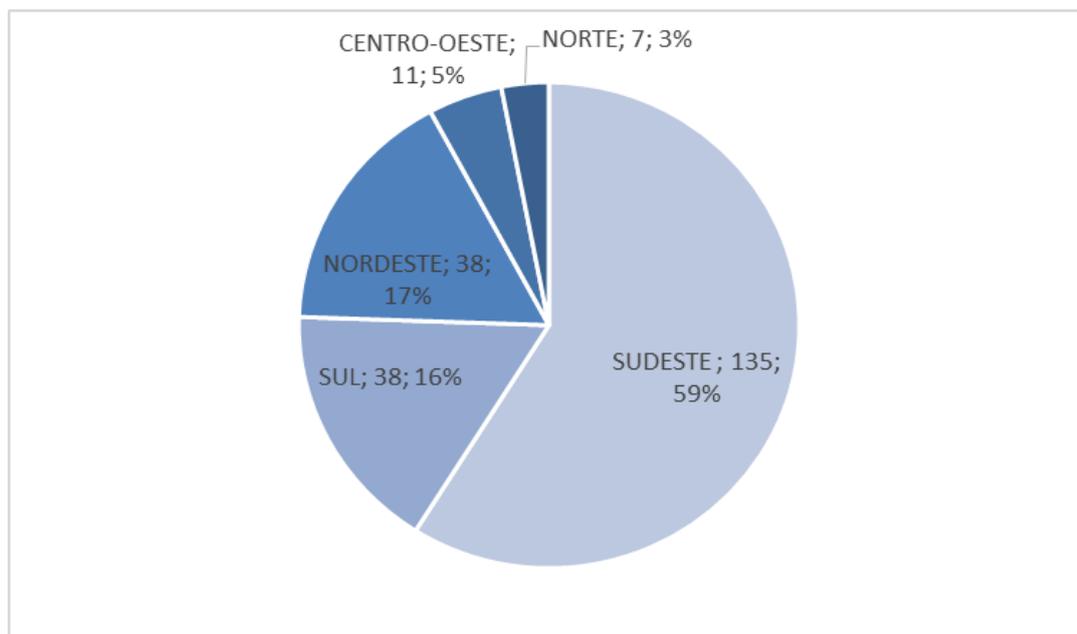


Figura 10: Pesquisas científicas sobre hospitalidade e morte por região – Brasil, 1988 – 2012

Fonte: Elaboração própria, 2015.

O gráfico da Figura 10 demonstra maior volume de produção científica, sobre o tema em questão, na região Sudeste (135; 59%). Pode-se atribuir a este resultado a grande concentração de universidades apresentadas por esta região. Vale também destacar o empate entre as regiões Sul e Nordeste (38; 16%).

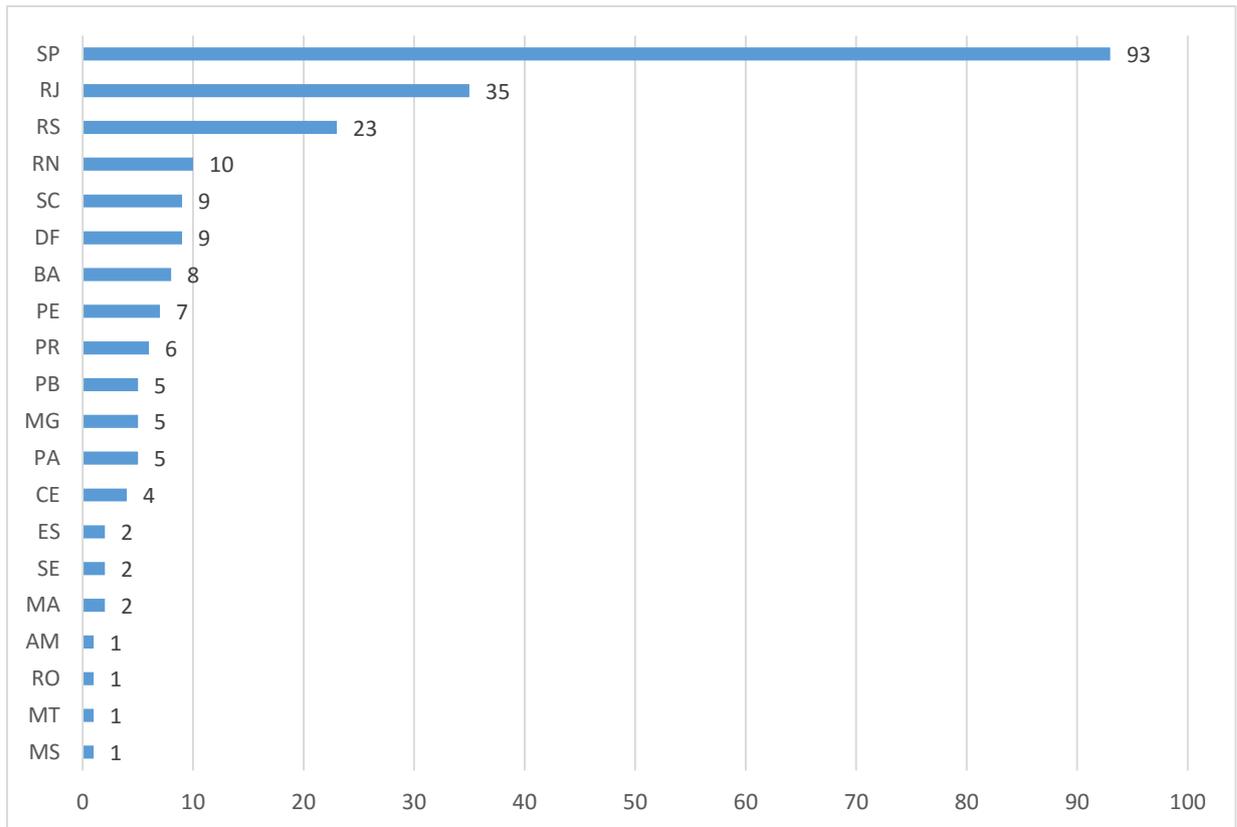


Figura 11: Instituições produtoras de pesquisas científicas sobre morte e hospitalidade por estado - Brasil, 1988 - 2012

Fonte: Elaboração própria, 2015.

O gráfico da Figura 11 apresenta São Paulo como o maior estado produtor de Pesquisa, (93), seguido do Rio de Janeiro (35). Isto se comprova também por meio da análise de produção por regiões, que aponta a região Sudeste como a principal produtora (Figura 8) e, também, pela análise da produção do IES (Figura 7) que aponta a USP – Universidade de São Paulo como a maior produtora de pesquisas no período em análise. O Rio Grande do Sul aparece como o terceiro maior (23) e o Rio Grande do Norte (10) em quarto lugar.

A fim de se visualizar os descritores mais citados das 229 pesquisas da amostra inicial, elaborou-se uma “nuvem de palavras” (Figura 12) mediante a ferramenta *Wordle*, disponível em site homônimo na Internet. Destaca-se a palavra “morte” com 185 ocorrências, “enfermagem” com 29 ocorrências, “luto” com 22 ocorrências e “educação” com 19, seguida das demais palavras com ocorrências ainda menos relevantes.



Figura 12: Palavras-chaves mais utilizadas nas pesquisas científicas sobre hospitalidade e morte – Brasil, 1988 – 2012

Fonte: Elaboração própria, 2015.

CAPÍTULO 4 – PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE HOSPITALIDADE E MORTE: ANÁLISE TEMÁTICA POR CATEGORIAS

Neste capítulo tomou-se por base a segunda amostra composta por 154 pesquisas, as quais foram classificadas nas categorias definidas *a priori*. Os resultados da análise temática são apresentados por categoria, ordenadas de forma crescente da quantidade de pesquisas. Inicia-se com a hospitalidade familiar, e segue-se com a auto-hospitalidade e a hospitalidade profissional.

4.1 Categoria Hospitalidade Familiar

A categoria Hospitalidade Familiar reuniu um total de 26 pesquisas, que representam 17% da amostra (quadro 2), desenvolvidas no período de 1996 a 2012.

Ano	Título	Palavra-chave
1996	Mito e morte. Da modernidade à condição pós-moderna.	mito, morte, modernidade, pós-modernidade
2000	Vivências de morte e luto em escolares de 13 a 18 anos.	morte, luto, enfrentamento, adolescentes
2001	A criança e o luto: vivências fantásticas diante da morte do genitor.	criança, luto, vivência, morte
2001	Luto participativo: as experiências familiares diante de uma morte anunciada.	luto antecipatório, psico-oncologia, família
2001	Morte no corpo, vida no espírito: o processo de luto na prática espírita da psicografia.	morte, espiritismo, luto, kardecismo, psicografia
2001	O luto de mães de mortes trágicas.	luto, mães, mortes trágicas
2002	Velhice nos arredores da morte: investigação da interdependência construída na relação entre sujeitos idosos com esclerose lateral amiotrófica e seus familiares.	velhice, morte, cuidados
2002	Vida morrida, morte vivida: uma abordagem do cuidado transdimensional no domicílio.	morte, cuidado transdimensional, domicílio
2004	O significado da morte de um amigo-companheiro na instituição asilar: história oral de idosos.	idoso, asilo, morte, luto, significado da morte
2006	Ressonâncias da morte violenta de adolescentes e jovens: estudo teórico clínico de famílias em sofrimento.	luto, violência, adolescência

2007	"Uma avaliação da vivência do luto conforme o modo de morte".	luto, suicídio, modo de morte
2007	A morte de um filho em circunstância violenta: compreendendo a vivência da mãe.	morte, violência, maternidade
2007	Impacto da morte de crianças com câncer no ambiente hospitalar: vivência de mães de crianças companheiras de tratamento.	câncer infantil, morte, vivência de mães
2007	Morte na família: um estudo exploratório acerca da comunicação à criança.	morte, criança, luto, comunicação
2008	Memória de morte e outras memórias” (lembranças de velhos).	tempo, velhice, memória, morte, rituais fúnebres, luto
2008	O luto em adolescentes pela morte do pai: rico e prevenção para a saúde mental.	luto, adolescência, pai, morte, família, trauma emocional
2009	A construção de significados atribuídos à morte de um ente querido e o processo de luto.	luto, morte, construção de significado
2009	Os corpos mortos e vivos: as cerimônias mortuárias e as representações da morte entre católicos brasileiros.	corpos mortos e vivos, ritos mortuários, luto, céu, inferno
2010	A família e a morte: estudo fenomenológico com adolescentes, genitores e avós.	morte, luto, fenomenologia, família
2010	Percepção dos pais em relação à morte de seus filhos em unidade de terapia intensiva pediátrica.	morte, unidades de terapia intensiva pediátrica, pais
2010	Sobre as mortes de todos os dias: uma experiência de acompanhamento em uti neonatal.	experiência da morte, subjetividade, UTI neonatal
2011	A experiência do luto em situação de violência: entre duas mortes.	luto, violência, morte
2011	O luto infantil e a construção de significados familiares frente à morte de um ente querido.	luto infantil, morte, construção de significados
2012	A morte e a educação: saberes do ritual de encomendação das almas na Amazônia.	educação, encomendação das almas, morte
2012	Mortes anunciadas: implicações para o luto dos cuidadores familiares.	luto, cuidadores familiares, assistência domiciliar
2012	O que a morte não destruiu daquele que partiu: a construção de significados no processo de luto materno.	perda, luto materno, construção de significado

Quadro 2: Pesquisas científicas com abordagem na categoria hospitalidade familiar– Brasil, 1996 – 2012

Fonte: Elaboração própria, 2015.

A Figura 11 apresenta a "nuvem de palavras-chave", destacadas nas pesquisas desta categoria, com as seguintes ocorrências: Morte (21); Luto (18); Significado (4); Violência, Família e Construção (3). As demais apresentam-se com pouca representatividade.



Figura 13: Palavras-chave categoria hospitalidade familiar

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Distribuindo as pesquisas da Hospitalidade Familiar em áreas disciplinares (Tabela 3), nota-se a maior concentração em Psicologia (64%), seguida por Teologia, Enfermagem e Medicina (24 %). Finalizando com as três áreas disciplinares: Sociologia, Educação e Comunicação (12 %).

Área do Conhecimento	QTD	Frequência
Psicologia	17	64%
Teologia	2	8%
Enfermagem	2	8%
Medicina	2	8%
Sociologia	1	4%
Educação	1	4%
Comunicação	1	4%
TOTAL	26	100%

Tabela 3: Categoria hospitalidade familiar das pesquisas sobre morte e hospitalidade por área de conhecimento – Brasil, 1988 - 2012

Fonte: Elaboração própria 2015.

Durante a análise temática foram identificadas duas subcategorias Hospitalidade Familiar: Enfrentamento da perda, compreendida como a experiência do luto vivenciada por diversos públicos; Rituais Funerários e Morte e Mito.

4.1.1 Análise da subcategoria Enfrentamento da Perda Familiar

A subcategoria Enfrentamento da perda elencou a maioria das pesquisas (81%), que tratou sobre as experiências de morte luto vivenciadas pelos públicos: familiar, maternal, infantil, juvenil, terceira idade e por fim pesquisas relacionadas ao luto antecipatório.

As pesquisas que discutiram o enfrentamento familiar (BARBOSA, 2010; ABIB, 2010; CORBELINI, 2001; DALBOSCO, 2006; MOURA, 2007; FRANCO, 2009; BELLAGUARDA, 2002), analisaram de forma específica as reações de luto manifestadas pelas famílias. Discussões sobre como se dá a interpretação de luto em momentos diferentes de existência (jovem, adulto e idoso); a reação de pais que vivenciaram a perda de filho em Unidades de Terapia Intensiva pediátrica (UTIP) e o enfrentamento do luto pela família em caso de suicídio.

As formas trágicas da morte dificultam de forma significativa os processos de elaboração do luto. Dalbosco (2006), em sua pesquisa sobre as “Ressonâncias da morte violenta de adolescentes e jovens: estudo teórico clínico de famílias em sofrimento”, ressalta:

[...] Os dados foram coletados através de entrevistas clínicas. Os achados representam a tradução do sofrimento dessas famílias, pois não há espaço adequado para elaboração do luto e das violências sofridas por elas. As mães desenvolvem sintomas como depressão e vulnerabilidade a doenças; os irmãos, são expostos a situações de risco, como criminalidade e tráfico de drogas, resultando em comportamentos violentos e desejos de vingança, na busca desesperada de justiça e alívio. Esses dados reforçam não só a necessidade de investimentos em pesquisas sobre o tema, como intervenções mais dirigidas no auxílio a esta população tão vulnerável [...] (DALBOSCO, 2006)

Apesar da indiscutível dor das famílias pela perda de seus filhos e entes, cabe ressaltar que além da questão visceral na qual se imagina enquadrar esta dor, somada à negação da morte, sinaliza provável dificuldade para a elaboração do processo de luto, além das circunstâncias

trágicas da morte envolverem fatores relacionados à desordem social como segurança e violência urbana.

As pesquisas que trataram sobre o enfrentamento da perda pelo público infantil ou luto infantil (LIMA, 2007; SANTOS, 2001 e HISPAGNOL, 2011) analisaram o enfrentamento da criança pela perda dos genitores; sobre o universo de fantasias da criança enlutada pela morte de seus entes; como é realizada a comunicação à criança da morte de um parente de seu núcleo familiar. Lima (2007), em sua pesquisa sobre “Morte na família: um estudo exploratório acerca da comunicação à criança”, apresenta:

[...] Os resultados trazem a importância de uma comunicação aberta e clara com a criança, além de adequada a seus níveis de compreensão; salientam os benefícios de se compartilharem os sentimentos, apontando para o cuidado do comunicador para com a criança como uma via de mão dupla e, demonstram a força do apoio social da família extensa no período pós-morte. Conclui-se que, apesar de difícil, a comunicação da morte de um parente próximo à criança é imprescindível e deve ser revestida de alguns cuidados básicos por parte do comunicador, que deve ser alguém com quem a criança tenha fortes laços de afetividade [...] (LIMA, 2007).

A forma complexa como os adultos encaram o envolvimento da criança com as questões da morte, refletem sinais da negação coletiva por parte “do mundo adulto”, que não quer falar e pensar em morte e pensa que a omissão sobre o assunto possa ser uma forma de “poupar” a criança de vivenciar ou passar por um sofrimento, que a princípio aparenta ser desnecessário, conforme comentado por Elias (2001) e Ariès (2012) no Capítulo 1 desta pesquisa.

A abordagem sobre o enfrentamento materno para com a morte contou com os seguintes autores (CORBELINI, 2001; ALENCAR, 2011; ROCHA, 2010; JACINTO, 2007; MAZER, 2007; ELIAS, 2012), que discutiram a experiência de mães que acompanham a internação e perda de seus bebês em UTI Neonatal; impacto sofrido por mães que acompanham seus filhos no ambiente hospitalar para tratamento contra o câncer e que acabam por vivenciar a perda de outras mães e temem ao mesmo tempo passarem pela mesma experiência; o luto materno como uma experiência transformadora e forma de crescimento espiritual e o luto materno por meio da perda de um filho jovem em circunstâncias violentas. Jacinto (2007) em “A morte de um filho em circunstância violenta: compreendendo a vivência da mãe”, diz:

[...]A análise fenomenológica dos discursos desvelou a compreensão das significações essenciais sistematizadas nas categorias: mumificação do filho na memória; dois caminhos trilhados pela publicidade frente à morte; apego à espiritualidade para suportar a dor da morte de um filho; cumplicidade materna e impunidade dos assassinos. Os resultados deste estudo podem contribuir para a elaboração de propostas de intervenção junto às mães no sentido de ajudá-las na reorganização de suas vidas após a morte de um filho.[...] (JACINTO, 2007)

Novamente a questão da morte trágica destaca o luto maternal. A elaboração do luto para mães que perderam seus filhos em circunstâncias trágicas reflete, além do sofrimento natural deste tipo de perda, a questão da banalização da morte, tratada no Capítulo 1 desta pesquisa, por Kovács (2012) e Marton (2012). Além do horário inadequado, utilizado pelo noticiário televisivo para informar tragédias, sem se preocupar com quem está do outro lado absorvendo as informações, a sequência de fatos trágicos, pautados por comerciais alegres e descontraídos, sinaliza uma possível indiferença para com a sociedade e em especial para com os familiares das vítimas.

Quanto ao enfrentamento da morte pelo jovem, os autores (DOMINGOS, 2000; MOTA, 2008) discutiram: o enfrentamento do luto por jovens que perderam seus pais biológicos entre 11 e 18 anos de idade; a experiência de jovens que perderam pessoas queridas por meio de assassinatos somada a ausência da figura paterna.

Mota (2008), em sua pesquisa “O luto em adolescentes pela morte do pai: risco e prevenção para a saúde mental”, aborda:

[...]A análise dos dados obtidos estabeleceu que o luto pela morte do pai biológico na adolescência tem características próprias, distinguindo-se do luto que essa perda acarreta em outras etapas do ciclo vital, em função dos desafios singulares do desenvolvimento nesse período. Embora a morte do pai biológico represente para o adolescente uma crise, também pode ser uma oportunidade para que, no enfrentamento dessa perda, ele amadureça. Constatou-se ainda a importância do suporte social de uma rede de apoio que compreenda e atenda às necessidades do enlutado, sobretudo pela presença de uma mãe funcional, para a ressignificação dessa perda, além de que, se o adolescente tem dificuldade para expressar seu luto, pode ficar entorpecido e negar as consequências dessa perda, comprometendo seu desenvolvimento emocional[...]. (MOTA, 2008)

Cabe ressaltar a questão da educação para a morte, veementemente debatida por Kovács (2012), que se aplicada, de forma adequada à formação do indivíduo, possivelmente amenizaria tais enfrentamentos e evitaria aqui situações de risco e comprometimento da saúde mental para o jovem em situação de luto.

As pesquisas voltadas para o enfrentamento da morte pelo idoso (PY, 2002; SILVA, 2004) dividiram-se em pesquisar o enfrentamento da velhice nos arredores da morte, por meio da análise de pacientes idosos portadores de doenças crônicas e dependentes de seus familiares; outra buscou conferir o enfrentamento da perda de amigos vivenciada por idosos em instituição asilar.

O presente estudo se propôs investigar o significado da morte de um amigo-companheiro na instituição asilar, através dos discursos dos idosos que experienciaram este fenômeno. O trabalho teve como objetivos compreender, descrever e analisar os significados da morte do amigo-companheiro na instituição asilar [...] o amigo, definido pelos idosos como: imprescindível, especial, verdadeiro, que ajuda e compartilha, admirável, presente, confiável, familiar e sem interesse; a relação de amizade e sua importância para suas vidas foi descrita como um suporte e ajuda para superação de dificuldades; a enfermidade do amigo repercutiu como sofrimento próprio e do amigo, o cuidado dispensado ao amigo enfermo, reações de luto antecipado, passagem pelo processo de morte-morrer e a transferência da residência para unidade de cuidados especiais e para o hospital (SILVA, 2004)

Elias (2001) aborda de forma sistemática em “A solidão dos moribundos” o isolamento natural proporcionado ao idoso pela família e a sociedade. Atesta que o poder e os status das pessoas mudam, rápida ou lentamente, mais cedo ou mais tarde, quando elas chegam aos sessenta, aos setenta, oitenta ou noventa anos. Reforça ainda que o mesmo vale para as pessoas idosas que estão prestes a morrer. Sua análise busca a discussão em torno do perigo do isolamento a que os velhos e moribundos estão expostos, tanto para enfrentar a morte como o luto.

Nas pesquisas relacionadas ao luto antecipatório (GONZAGA, 2012; FONSECA, 2001), discutiu-se a expectativa do luto vivenciado por cuidadores familiares e pelo próprio moribundo em seu processo terminal. Fonseca (2001) em “Luto participativo: as experiências familiares diante de uma morte anunciada”, diz:

Neste trabalho o autor descreve e analisa o Luto Antecipatório por meio do acompanhamento terapêutico longitudinal e processual domiciliário

de uma família que vivenciou uma morte anunciada, desde o diagnóstico de um câncer em estágio avançado em um de seus componentes - o marido e pai da família - até o desfecho final que foi o seu falecimento. O autor acompanha e analisa, passo a passo, os processos de enlutamento individuais de cada componente da família objeto da pesquisa e da família como uma entidade sistemicamente constituída (FONSECA, 2001)

O autor desenvolve uma análise sobre as reações individuais de uma família, que se vê diante do luto antecipatório, em decorrência da doença do marido e pai, em estado de câncer terminal. As reações do doente também são observadas, pelo enfrentamento da própria morte. Compreende-se aqui que o luto antecipatório é o sentimento, ou os vários sentimentos que acometem tanto o protagonista da morte quanto seus entes queridos. A pesquisa visa discutir o luto e compreendê-lo não só na situação pós-morte, mas também no processo da terminalidade de um ente onde todos sofrem a expectativa da morte. Convém ressaltar que a fase antecipatória do luto promove sentimentos variados devido a expectativa da perda, não só do ente, mas também a alteração de status econômico, social além da desorganização familiar que tal situação possa acarretar

4.1.2 Análise da subcategoria Rituais Funerários

Os rituais funerários também fizeram-se presentes nas pesquisas relacionadas ao enfrentamento familiar, tratadas por (HOROCHOVISK, 2008; COSTA, 2012; MIGLIORINI, 2009; GUARNIERI, 2001); uma das abordagens pesquisou as mudanças ocorridas no universo simbólico da morte, rituais fúnebres, luto e crenças pelo relato de pessoas idosas com mais de 70 anos, residentes em Curitiba; pesquisou-se por meio de análise comparativa as cerimônias mortuárias coletivas entre os católicos brasileiros ao longo do tempo, passando pelas primeiras tribos da Idade Média, Idade Moderna e Contemporânea; debateu-se também a importância do espaço religioso, especificamente o espiritismo, no enfrentamento das questões da finitude da vida e do luto; outra pesquisa se reportou a estudar os rituais utilizados para encomendação das almas na região Amazônica – cidade de Oriximiná – Pará.

[...] Foram encontrados três tipos de Educação: Educação Moral, Educação pela Prática do Ritual e a Educação em Saúde que abrangem os saberes relacionados ao repasse do conhecimento, o aprendizado da musicalidade, a união da família, a aquisição do conhecimento para a

escola formal, a intermediação da salvação das almas, as regras de comportamento, a conduta social, a fé e a religiosidade, a liberdade de credo religioso, o respeito aos mais velhos, a preservação da tradição e da cultura, a manutenção do corpo hígido, a eliminação dos vícios que prejudicam a saúde do corpo, além da socialização dos valores cultivados ao longo da história do ritual (COSTA, 2012).

Analisando a abordagem específica tratadas nas pesquisas relacionadas aos rituais funerários, vale lembrar Le Grand-Séville e Françoise Zonabend (2011), Capítulo 2, desta pesquisa, que ressaltam ser impossível listar a variedade de ritos e festas que as sociedades têm elaborado para reconhecer a morte e acolher os mortos, ao longo do tempo.

4.1.3. Análise da subcategoria Morte e Mito

Esta única pesquisa apresentada por GONÇALVES (1996) procura compreender a morte e o mito na condição pós-moderna, baseada na morte de Ayrton Senna e o investimento midiático aplicado ao fato.

Ao se falar de Ayrton Senna, os termos “mito” e “herói” são recorrentes. Torna-se necessário apreender e reafirmar o sentido dado aos mesmos, bem como suas atualizações contemporâneas, de modo a compreender-se o herói mítico em que se transformou Senna. Inicia-se pelo mito. Pode-se entendê-lo como narrativa sobre deuses e heróis, ou narrativa sobre a origem do mundo e seu ordenamento no “era uma vez” (ABBAGNANO, 1982). Walter Burkert (1991, p. 18), estudioso da mitologia, pensando mito como forma autônoma de pensamento, diz que: “O mito é narrativa aplicada, narrativa como verbalização dos dados complexos, supraindividuais, coletivamente importantes”. Os mitos, lembrando outro mitólogo, Joseph Campbell (1994), auxiliam a se entrar em contato com a experiência genuína de sentir-se vivo; dão pistas para que se busquem, dentro de si mesmo, experiências de sentido. (GONÇALVES, 1996)

A temática morte e mito pode ser reportada à Campbel (2006), citado do Capítulo 1 desta pesquisa, que nos chama a atenção para a importância do conhecimento do homem por meio do resgate dos sinais e processos históricos, de um povo ou de uma época e, conseqüentemente, para a construção do conhecimento.

4.2 Categoria Auto- Hospitalidade

A categoria Auto-hospitalidade reuniu um total de 45 pesquisas, que representam 29% amostra (Quadro 3), desenvolvidas no período de 1990 a 2012.

Ano	Título	Palavras-chave
1990	A morte como símbolo de transformação.	morte, arquétipo, símbolo, transformação, símbolo estruturante, padrão arquétipo
1990	Morte e renascimento do ego-uma técnica de evolução psicológica sobre a morte e o morrer.	psicologia, clínica, técnica psicoterapêutica, doentes terminais
1997	Discursos de vida diante da morte. Estudos de mulheres portadoras de HIV/ e ou AIDS.	sexualidade feminina, rorschach, aids
1997	A singularidade e a sociabilidade de vivenciar a "tuberculoids": a morte anunciada.	tuberculose, aids, representação social
1998	A vida e a morte nas representações de violência de crianças e adolescentes.	representações de violência, crianças, adolescentes
2002	Eutanásia: direito à vida ou à morte no projeto do novo código penal brasileiro.	direito penal, eutanásia, morte, vida
1999	"Morte do corpo e morte do eu - a interdição da morte na doença de Alzheimer".	alzheimer, morte, corpo, eu, interdição
2001	Aids, morte. Criança vida. A representação social da aids e suas implicações nas intervenções com crianças.	representação social da aids, prevenção em aids
2001	O medo da morte em pacientes terminais portadores do vírus HIV e outras afecções.	aids, atendimento psicológico, psicanálise, angústia
2002	Aids, identidade e morte: estudo de mulheres que vivem com HIV/aids.	síndrome de imunodeficiência adquirida, mulher, morte, HIV
2002	Entre a vida e a morte: experiências de jovens com câncer.	história social da morte
2002	A concepção da morte em adultos jovens no processo de individuação.	morte, adultos jovens, individualização
2003	Percepção da criança sobre a morte e o morrer.	morte, morrer
2003	Uma noção de ecologia mental da morte para a psicologia do desenvolvimento humano: a questão da troca simbólica da alma com a morte numa instituição de apoio ao paciente com câncer.	desenvolvimento humano, morte, neoplasias
2003	A representação da morte na criança da periferia: 'um estudo de casos'.	morte, crianças, periferia urbana
2007	Eutanásia, vida/morte: problematizando enunciados presentes em reportagens de jornais e revistas.	eutanásia, vida, morte, saber médico, biotecnologias, mídia
2005	A morte em seu mostrar-se ao paciente oncológico em situação de metástase.	câncer, cuidado, morte

2008	Ortotanásia: o tempo certo da morte digna. Uma análise sobre o fim da vida à luz dos direitos fundamentais.	ortotanásia, eutanásia, suicídio assistido, distanásia, morte
2005	"Ruptura e sentido na experiência de adoecimento e morte".	morte, subjetividade, sentido subjetivo, reconfiguração, cor
2006	Das dores da morte: um estudo de caso sobre a finitude.	morte, luto, educação, cultura, psicologia da morte
2006	Concepções de morte e estratégias de enfrentamento: um estudo com crianças de 06 a 10 anos com e sem experiência de perda por morte recente.	morte, criança, estratégias de enfrentamento, suporte social
2007	Mais ou menos morto: exploração sobre a formação do conceito de morte em crianças e adultos.	conceito de morte, perspectiva secular
2009	Ortotanásia: em busca da dignidade da morte.	biodireito, bioética, ética médica
2011	Cuidados na velhice, no adoecimento e na morte: relatos e reflexões sobre a finitude como forma de investimento na vida	velhice, adoecimento, morte e cuidados paliativos
2008	O conceito de morte: significações de professoras dos anos iniciais do ensino fundamental.	morte, conceito, educação, professora, prática pedagógica
2008	O olhar do idoso sobre a finitude: um estudo sobre as representações sociais da morte em idosos de uma cidade do sertão pernambucano.	morte, idoso, representação social, alceste
2011	Suicídio meritório: reflexões acerca da morte voluntária desde um ponto de vista.	ética negativa, suicídio estrutural, suicídio meritório
2012	O direito à morte digna: uma análise ética e legal da ortotanásia à luz do novo código brasileiro de ética médica.	ortotanásia código de ética médica doença terminal
2008	As representações sociais da morte para professores e pais em instituições de educação infantil.	morte, crianças, educação infantil, representações sociais
2012	Participação de terceiro na morte de outrem: relevância do consentimento.	direito penal, consentimento do ofendido, vida, morte,
2012	Dignidade na vida, na morte e para a doença: as diretivas antecipadas como instrumento de valorização da pessoa.	dignidade da pessoa humana autonomia autodeterminação
2009	Perfil conceitual de morte e a abordagem do ciclo da vida, no ensino de ciências.	ciclo da vida, morte, ensino de ciência
2009	Viver de morte, morrer de vida o paradoxo vida-morte na perspectiva da complexidade e suas implicações na educação.	morte, vida, complexidade, educação
2012	Reflexos do objeto materno: do processo melancólico ao impulso suicida as horas que separam duas mortes.	suicídio, objeto materno, pulsão de morte, melancolia
2009	Educação e sociedade: a morte redistribuída.	educação morte, biopoder, biopolítica, estudos foucaultianos

2012	Abordagens e enfrentamento da morte de pacientes idosos: percepções de um grupo de médicos.	idoso, morte, ética, envelhecimento, ortotanásia
2010	Falando de morte na escola: o que os educadores têm a dizer.	adolescência, educação em relação à morte, escolar
2011	Dar vida à morte: leituras do ser-mortal.	história da morte, Ivan Ilitch, Martin Heidegger, filosofia
2011	Discursos do silêncio: crianças doentes falam sobre a dor, a morte e a vida.	adoecimento infantil, transplante de medula, sofrimento
2011	Na companhia da morte. Sobre o atendimento a pacientes renais crônicos.	doença renal crônica, relação médico-paciente, morte, perdas
2011	Ensaio sobre a relação do homem com a morte.	morte, subjetividade, finito
2011	O mal como condição humana: a negação da morte e seus desdobramentos em Ernest Becker.	darwinismo, morte, Ernest Becker, existencialismo
2011	Da morte e do morrer: a escrita de si por alunos da rede estadual paulista.	morte, silenciamento escrita de si
2012	Cenas sobre a morte, reveladas pela criança cardiopata, por abrir o coração.	criança, cardiopatia congênita, cirurgia cardíaca
2012	Concepção, percepção e entendimento do processo da morte e do morrer em idosos institucionalizados comparados com idosos da comunidade.	formação de conceito, atitude frente a morte, envelhecimento

Quadro 3: Pesquisas científicas com abordagem na categoria auto-hospitalidade – Brasil, 1990 – 2012

Fonte: Elaboração própria, 2015.

Na Figura 14 tem-se as palavras-chave destacadas nas pesquisas desta categoria. Observa-se a prevalência da morte com 34 ocorrências. Outras palavras com 7 a 3 ocorrências são as seguintes: vida (7), educação (6), social (5), suicídio, ética (5) aids (5), representação (3) e eutanásia (3). As demais são pouco representativas.

Serviço social	1	2%
História	1	2%
Total	45	100%

Fonte: Elaboração própria 2015.

Durante a análise temática foram identificadas duas subcategorias da Auto-hospitalidade: Enfrentamento individual, compreendida como o enfrentamento da própria morte pelo indivíduo, e Bioética, compreendida no âmbito da ortotanásia, eutanásia, suicídio e testamento vital.

4.2.1 Análise da subcategoria Enfrentamento Individual

A subcategoria Enfrentamento Individual elencou a maioria das pesquisas (34,76%), que abordaram experiências sobre a morte e o morrer vivenciadas pelo público infantil, jovem, adulto e idoso.

As pesquisas tratam de diversos assuntos como a negação da morte (NADAI, 1990; BARBOSA; 1990; MESQUITA, 2006; BASTOS, 2009; PASSOS, 2011; CORREA 2011; GUZMAN, 2011); educação para morte no ensino fundamental (ROAZZI, 2007; MAGALHÃES, 2008; RODRIGUES, 2010; CASTRO, 1998; NICOLLE, 2009, BARRETO, 2003; MARTINS 2006; SILVA, 2011; ALVES, 2009); simbologia da morte em pacientes terminais adultos portadores do vírus HIV (ABDUCH, 1997; ALVES, 2001; ALVES, 2002; TAKASHI, 1997); assistência humanizada e promoção da qualidade de vida e bem-estar junto a pacientes oncológicos em estado terminal (VERDADE, 2003; ROSSI, 2002.; TRINCAUS, 2005; FREITAS, 2005); percepções sobre a morte e o morrer de pacientes infantis em estado terminal (SAMPAIO, 2001; ARAÚJO, 2003; COELHO, 2012; PALLOTINO, 2011); representações do idoso sobre o envelhecer, a morte e o morrer (OLIVEIRA, 2008; CORRÊA, 2012; LEVCOVITZ, 1999); processo de individuação do jovem e sua relação com a morte (ZILBERMAN, 2002); representação da morte para o professor do ensino fundamental (MELO, 2008); representação da morte em pacientes com doenças crônicas (FREITAS, 2011).

As pesquisas que abordam o desconforto emocional do indivíduo que se vê diante de sua própria terminalidade, buscam compreender como se dá a representação da morte no contexto individual. Percebe-se o conceito da auto-hospitalidade tratado por Corrado (2011) como um compromisso travado entre ele e seu interior e por Henezzel (2004) que vê a morte como a guarida do homem para consigo próprio.

O morrer faz parte do processo biológico natural de todo ser vivo, portanto, a morte é inevitável. Porém, a maneira como se lida com o morrer pode fazer diferença no processo de viver, amenizando o sofrimento que a morte em geral provoca. [...]. Na atualidade a morte e o morrer tornaram-se um tabu onde de forma generalizada não se fala sobre ela, tenta-se a todo custo vencê-la como se tal fato representasse vergonha e fracasso, o que conseqüentemente provoca um grande sofrimento psíquico nas pessoas. Este trabalho tem a proposta de refletir acerca da necessidade de uma compreensão da morte na cultura ocidental, a partir da análise da observação de um caso em uma UTI - Unidade de Terapia Intensiva, de um hospital na cidade de Fortaleza. (MESQUITA, 2006)

As pesquisas que se reportaram à educação do indivíduo para a morte, deram enfoque à necessidade da discussão sobre a morte e o morrer no ensino fundamental, e sinalizaram a importância deste exercício para a formação do indivíduo e sua compreensão sobre a morte como um processo natural de sua existência. Pergunta-se aqui: de que forma o homem se preparará para lidar com a auto-hospitalidade em relação à própria morte, sem a oportunidade de pensá-la no decorrer de sua existência?

[...] pesquisa que teve como objetivo geral a tarefa de realizar a construção de um Perfil Conceitual de Morte e a identificação da interferência da abordagem pedagógica desenvolvida pelos professores para a temática Ciclo de Vida, no Ensino de Ciências, no Ensino Fundamental, para a construção, reconstrução e tomada de consciências das zonas deste Perfil. [...] foi possível identificar para o conceito de Morte, na teoria e na prática, três zonas, quais sejam: zona naturalista, zona religiosa e zona relacional. A zona naturalista exprime uma concepção de Morte como fenômeno organicista, ou seja, algo natural, resultado de uma condição que é ou está inerente ao organismo vivo. A zona religiosa, por sua vez, encerra uma compreensão de Morte como algo que resulta da 'vontade divina' e representa uma passagem para a vida eterna. Por fim, a zona relacional é evidenciada por concepções que negam, ocultam a Morte, ou seja, atribuem à ela uma condição de fatalidade, algo que não deveria existir. Ao admitirmos a existência de uma diversidade de zonas para um único conceito, no caso a Morte, faz-se necessário também que admitamos a necessidade de escolarização do conceito, bem como a diversidade e a heterogeneidade de abordagens que deverão passar a compor os processos de ensinar e de aprender, sem, no entanto, superficializar ou relativizar a função pedagógica das instituições educacionais e/ou o processo de aquisição do conhecimento. (NICOLI, 2009)

Ressalta-se que as pesquisas que discutem a importância da educação do indivíduo para a morte preocupam-se não só a questão da formação da criança, mas também a formação de professores e o melhor preparo por parte dos pais, personagens importantes para o desenvolvimento e amparo aos jovens e crianças na elaboração e construção do conceito da morte e sua representação (MELO, 2008). A forma como se dá o enfrentamento da morte pela maioria das pessoas, está relacionada às características de modelo de formação, crença e cultura. Supõe-se que o exercício deste enfrentamento, desde a mais tenra idade, além de oferecer subsídios para o enfrentamento da própria morte, provavelmente contribuirá para o processamento do luto, que este indivíduo terá que enfrentar quando diante das várias perdas que a vida lhe trará inclusive a perda do outro por meio da morte.

As pesquisas relacionadas ao enfrentamento da morte por pacientes terminais acometidos pelo vírus HIV demonstraram de forma tocante a dificuldade do homem em lidar com a própria morte. O stress culminou não só pela irreversibilidade da doença, mas também pela sobrecarga de sofrimentos enfrentada pelos pacientes expostos à sociedade. Sentimento de culpa, vergonha, angústia e desafeto por parentes foram explicitados, como também a culpa pela escolha sexual.

[...] observou-se que diante de uma doença incurável e o estigma que ela carrega há alteração na relação consigo mesmo e com o próximo. O sujeito passa a ter ideias semelhantes ao pensamento do homem primitivo, tal como descrito por Freud, negando a morte e apresentando sentimento de ambivalência em relação as pessoas e a situação que está vivendo. A ilusão de mortalidade é esfacelada e faz surgir no sujeito sentimentos estranhos e ao mesmo tempo familiares, que resultam em sofrimento psíquico quando a doença ocupa o lugar de punição pela escolha sexual, pelos pecados cometidos, por não ser multiplicador da espécie, por acarretar a perda do amor do pai, da mãe, irmãos, amigos e de deus. Essa ideia de punição se manifesta por meio de sentimentos de culpa, com a tensão entre o ego e o superego, e de angústia, que resultam em um sujeito desamparado, a mercê de seus instintos de vida e morte. (ALVES, 2001)

Pesquisas com pacientes em estado terminal também exploraram o tema sobre o sofrimento e a dificuldade de enfrentamento do indivíduo diante da própria morte, além do constrangimento ocasionado pelos processos degenerativos e estéticos promovidos pelo câncer. Tais pesquisas delinearão estudos sobre o enfrentamento do câncer pela criança, pelo jovem e pela mulher. A falta de diálogo com os seus próximos e com os profissionais da saúde sinalizam

a negação coletiva da morte, tanto na esfera familiar como na dos profissionais da saúde, tema exaustivamente debatido por Ernest Becker (2013) citado nos capítulos 1 e 2.

[...] Considerando a condição ontológica de ser com o outro, a morte se mostrou, ao paciente com câncer, por meio de palavras, do falatório, de ações e do olhar do outro, principalmente familiar, que ao mesmo tempo acolhe e denuncia. Essas situações foram compreendidas como um modo inautêntico de cuidar. No entanto, na relação familiar a consideração e a paciência também emergiram como modo de cuidar autêntico. Emerge ainda a relação desses pacientes com os profissionais de saúde, revelando-se modos de cuidar quase sempre inautênticos, marcados pelo não respeito à sua autonomia e ao direito de participação na tomada de decisão sobre seu tratamento. Em meio a inautenticidade do cotidiano, alguns pacientes também se reconhecem em sua finitude. Este estudo permitiu uma reflexão sobre o modelo assistencial vigente, que não contempla o cuidar do homem em sua integralidade. É necessário construir competência humana para o cuidar integral, dirigindo-se não somente à cura, mas à pessoa humana, em sua singularidade. (TRINCAUS, 2005)

Vale observar que para o idoso, na maioria das vezes, o envelhecimento é o reconhecimento da metáfora da morte. Socialmente falando, com a crescente longevidade, mundialmente constatada, não basta apenas promover locais adequados ao acolhimento físico para este público, mas principalmente compreender e tentar atender suas necessidades e interpretações de “si para si”, em especial nos cenários críticos e irreversíveis como o isolamento, dor ou o enfrentamento da própria finitude.

[...] A justificativa para se estudar o significado da morte e da velhice está no fato de os dois temas serem considerados tabus, dentro da nossa sociedade, e por isso silenciados. Do homem urbano, repercutem em suas concepções sobre a morte [...]. Com esta análise obtiveram-se cinco classes, divididas em dois eixos. No primeiro eixo encontrou-se a categoria que se refere ao contexto de vida e atividades diárias dos indivíduos. O segundo eixo foi subdividido em três categorias: problemas de saúde/ tratamento; morte (conceito); e morte (seus atributos/sentimentos). Foi possível verificar que falar da morte causa desconforto entre os indivíduos pesquisados, além de ser associada a sentimentos de caráter pejorativo, como: traiçoeira. A grande maioria dos idosos apontou que são eles que mais adoecem e mais morrem, associando a velhice à morte. Com esses resultados abre-se um leque de interpretações a respeito de como os idosos vivenciam a morte, sendo ela atrelada à velhice e carregada de sentidos pejorativos (OLIVEIRA, 2008)

Nesse sentido, lembra-se do pensamento de Elias (2001) sobre a postura do homem moderno pautada pelo pensamento narcisista como também pela sensação de imortalidade, compactuada pela sociedade contemporânea que prefere tratar a morte como um tabu e despistar o reconhecimento sobre a inexorabilidade da mesma.

Por fim, tem-se o Enfrentamento Individual pelo jovem perante a perda de pessoas próximas, com foco no seu sentimento e as interferências que as representações refletem o processo de sua formação e desenvolvimento.

Este trabalho teve como objetivo verificar as possíveis influências entre as crenças e sentimentos acerca da morte e processo de individuação vivido por jovens adultos (as). [...] Investigou-se três eixos temáticos principais: Caracterização do processo de individuação; Sentimentos acerca da morte e Crenças relativas à morte nas entrevistas com os sujeitos. Os resultados da análise das entrevistas mostraram existir maior temor ou evitação do tema da morte nos (as) adultos (as) jovens entrevistados (as) que se sentem mais apegados ou mais dependentes da família de origem, assim como uma percepção de que a morte de alguém pode dificultar o decurso natural do processo de individuação que estão vivendo. (ZILBERMAN, 2002)

O Enfrentamento Individual da morte aborda a hospitalidade no âmbito do acolhimento presente nas relações humanas tanto do paciente terminal quanto daqueles que o assistem ou acompanham, permanente ou temporariamente, envolvendo pessoas de todas as faixas etárias.

4.2.2 Análise da subcategoria Bioética

A subcategoria Bioética elencou a minoria das pesquisas (11; 24 %), que abordaram questões relacionadas a: eutanásia, ortotanásia (morte digna); suicídio e testamento vital, conforme demonstra a tabela 5.

Tabela 5: Subcategoria Bioética das pesquisas sobre morte e hospitalidade por área de conhecimento – Brasil, 1988-2012

Área do Conhecimento	QTD	Frequência
Direito	5	45%
Interdisciplinar	2	18%
Psicologia	1	9%

Ensino	1	9%
Teoria do direito	1	9%
Filosofia	1	9%
Total	11	100%

Fonte: Elaboração própria 2015.

As pesquisas tratam de diversos assuntos como a eutanásia (SANTOS, 2002; WITT, 2007; FIGUEIREDO NETO, 2012); ortotanásia (CARDOSO, 2008; COCICOV, 2009; MARREIRO, 2012; POLETTI, 2012); suicídio (COIMBRA, 2011; MASSA, 2003); testamento vital (COSTA, 2011; CRUZ;2012)

Pesquisas relacionadas, à eutanásia abordam a polêmica discussão sobre a autonomia do doente como protagonista da decisão de seu ciclo de vida ou de sua morte.

A evolução das ciências médica e tecnológica obriga a ciência jurídica repensar sobre seus conceitos e dentre eles, sempre ressurgem a necessidade de rever os limites da proteção do mais sagrado bem da humanidade que é o direito humano à vida [...]. Há séculos, o homem estuda e procura argumentos para defender a ideia da possibilidade da adoção da eutanásia como medida resolutive do sofrimento humano, quando se sabe que as chances de sobrevivência de uma pessoa humana são nulas e a interferência no processo de abreviação da vida se faz necessária.[...] O projeto da nova parte geral Código Penal Brasileiro, prevê como uma excludente de ilicitude, ou seja, a não prática de crime permitindo a realização da eutanásia, na modalidade ortotanásia, quando a vida tiver sendo mantida por meios artificiais (SANTOS, 2002)

Os debates entre jurídicis e bioeticistas sobre a medicalização da morte, praticada por alguns hospitais que se utilizam dos recursos tecnológicos em paciente terminais, como também a irreversibilidade de pacientes portadores de doenças crônicas degenerativas, promoveu a polêmica e atual discussão em torno da eutanásia, praticada legalmente em alguns locais dos Estados Unidos e Europa, por enquanto, não legalizada no Brasil.

A ortotanásia reconhecida como a “boa-morte”, em contraposição à eutanásia, permite o processo da morte de forma natural, sem a utilização de recursos tecnológicos.

As pesquisas que discutiram a ortotanásia, apontaram a preocupação tanto na esfera social como na jurídica. A questão gira em torno da decisão e conceitos sobre qual a hora certa para os desligamentos de aparelhos ou ainda sobre usar ou não recursos tecnológicos diante de um quadro de agonia apresentado pelo paciente terminal.

[...] Contrapondo-se à medicalização da morte, tem-se a ortotanásia. Uma prática médica humanitária que conclama pela preservação da dignidade do paciente ao longo do seu processo de morrer. Centrada nos cuidados paliativos e na autonomia da vontade, a ortotanásia propõe para o paciente portador de doença terminal uma assistência holística, isenta da obstinação terapêutica[...]. No contexto legal a ortotanásia encontra-se implicitamente albergada na Constituição Federal, na medida em que prevê o princípio da dignidade da pessoa humana e garante ao paciente portador de doença terminal o seu direito fundamental à saúde. Afirmou-se, também, a sua licitude no âmbito do Direito Penal, uma vez inexistir qualquer nexo de causalidade entre a conduta do médico e o resultado da morte do paciente com doença terminal. (MARREIRO, 2012)

Pessini (2004) defende a opção pela ortotanásia, desde que amparada pelos cuidados paliativos, baseado no respeito e no bem-estar global do paciente, por lhe garantir a dignidade tanto para sua vida quanto para sua morte.

Com referência ao suicídio vale citar as duas pesquisas que trataram o tema de forma distinta: a primeira abordagem refere-se à questão afetiva e emocional, cujo foco se deteve à visão psicanalítica do suicídio e sua relação íntima com a figura do amor materno.

[...]; trata-se de uma falha ocorrida nos primeiros momentos do encontro com o objeto materno [...]. Além disso, foram trabalhados os textos freudianos que investigam as determinações inconscientes do suicídio e da autoagressividade. A questão do objeto materno como primeiro objeto de amor mostrou ter grande relevância na construção de toda relação objetual futura. Desse modo, ao se considerar que o suicídio, do ponto de vista psicanalítico, é um ataque anteriormente destinado ao outro, fez-se necessário considerar em que termos se deu esse primeiro encontro com a alteridade. (MASSA, 2003)

A segunda abordagem adotou uma postura crítica em relação aos princípios éticos do suicídio ao longo da trajetória da filosofia ocidental.

Para se chegar a essa conclusão, elaborou-se, na primeira parte desta obra, uma [...] crítica dos principais sistemas éticos que se debruçaram sobre o tema do suicídio, com maior ou menor profundidade, no decorrer da história da filosofia ocidental. [...] serão apontadas questões problemáticas sobre o suicídio, no contexto das ciências médicas e também da ciência jurídica. Em seguida, propõe-se uma nova e abrangente taxonomia suicidógena, baseada em categorias tomadas de empréstimo da criminologia [...] Por fim, delineado o amplo espectro de

mortes voluntárias, apresentam-se os argumentos favoráveis a um tipo específico de autoaniquilamento, cujas características peculiares farão dele uma espécie de suicídio que se pode chamar de meritório. (COIMBRA, 2011)

Durkheim (2011) atribui duas espécies de suicídios: uma seria as disposições orgânico-psíquicas e a outra seria a natureza do meio físico. A bioética, por sua vez, lida com ambas as situações quando debate a eutanásia e o suicídio assistido.

Henezzel (2001) compreende que quando uma pessoa pede para morrer na verdade está pedindo que alguém a olhe, para que perceba seu sofrimento e principalmente sua dor. Ressalta que 90% dos pedidos de eutanásia seriam evitados se os doentes se sentissem menos solitários e sem dor.

Sugere-se aqui, especial atenção para as questões da auto-hospitalidade e sua interpretação para esta forma do morrer.

As produções que trataram sobre o testamento vital, discutem as questões da morte relacionadas à bioética, tomando por base o ponto de vista jurídico.

Costa (2011) aponta a gerontologia, os cuidados paliativos e a proposta do testamento vital como recursos que permitem dar voz e amparo ao idoso enfermo em sua autonomia sobre decisões contra o abuso de recursos tecnológicos e do cuidado humanizado, direcionado a ele sobre todas as formas.

A dignidade da pessoa humana e a autonomia privada espraiam-se pela experiência da vida, alcançando a doença e a morte. As diretivas antecipadas, gênero dos quais são espécies o testamento vital e o mandato duradouro, constituem negócio jurídico de caráter existencial que têm por objetivo assegurar a realização da dignidade da pessoa e o cumprimento dos atos de autonomia nas situações em que a pessoa estiver incapacitada para manifestar sua vontade. (COSTA, 2011)

Conforme tratado anteriormente no capítulo 2, o Testamento Vital é um documento que pode ser preparado por qualquer pessoa, desde que gozando plenamente de suas faculdades mentais, para comunicar, por meio de um documento, as formas de tratamento a que deseja se submeter diante de um quadro clínico crítico que lhe impossibilite, terapêuticamente, manifestar de forma espontânea a sua vontade. Aguarda-se, portanto, no Brasil, providências normativas

que venham a regular este documento, de forma a minimizar os conflitos bioéticos, comuns nas áreas da Saúde, do Direito e da Medicina.

4.3 Categoria Hospitalidade Profissional

A categoria Hospitalidade profissional apresentou um total de 83 trabalhos. Concentra as produções relacionadas aos profissionais tanto dos serviços da saúde como também das áreas correlatas a este segmento.

Ano	Título	Palavra-chave
1989	A questão da morte e a formação do psicólogo.	morte, tanatologia, formação
1991	Os médicos e a morte na infância: a representação de um tema interdito.	morte na infância, médicos, morte na infância
1992	Os trabalhadores da morte.	morte, trabalhadores da morte
1993	Entre quatro paredes, a vida e a morte: o ambiente hospitalar.	hospital, psicologia ambiental, relações pessoais
1994	A enfermagem diante do paciente com aids e a morte.	aids, enfermagem, morte
1995	Morte e prática médica - ensaio reflexivo sobre o discurso de cardiologistas.	morte, psicologia hospitalar, psicologia e medicina
1997	O tema da morte enquanto possibilidade de acesso à dimensão existencial do educando.	morte, educação, enfermagem, ensino médio
1998	Cuidando de quem cuida: estudos das situações vivenciadas pelos profissionais de saúde, no lidar com doença crônica e iminência de morte em um hospital pediátrico terciário.	profissionais de saúde, hospital pediátrico terciário, doença
2001	A busca de vida e as intrusões da morte: refletindo sobre os depoimentos de educadores da casa vida.	HIV, AIDS, crianças, educadores, vínculos, morte, imaginário
2001	Emoções e representações emergentes da experiência do olhar sobre a morte.	enfermagem oncológica, emoções, atitude frente à morte
2001	O imaginário de enfermeiros quando cuidam na fronteira vida-morte: um estudo sociopoético.	imaginário, cuidar, vida, morte, sociopoética
2001	Relação médico - paciente e a morte.	relação médico-paciente, morte
2002	A bioética da vida cotidiana como caminho para a compreensão da morte materna.	bioética, mulheres, saúde e higiene

2002	A morte e o morrer nas representações sociais dos alunos de curso de ensino médio de enfermagem.	atitude frente a morte, emoções, auxiliares de enfermagem
2002	A vulnerabilidade ao adoecimento e morte por aids em usuários de um serviço ambulatorial especializado em HIV/AIDS do município de São Paulo.	enfermagem em doenças transmissíveis, vulnerabilidade
2002	Apoio psicológico a enfermagem diante da morte: estudo fenomenológico.	fenomenológicos, pressões contextuais
2002	O imaginário dos trabalhadores da morte.	morte, trabalho, imaginário, simbólico
2003	Câncer - aids um estudo psicanalítico de evolução para a morte e para a vida.	câncer, aids, psicanálise
2003	Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermagem na uti pediátrica.	atitude frente a morte, enfermagem pediátrica
2003	Uma ação pedagógica entre a vida e a morte: o caso da escolaridade emergencial das crianças do hospital do câncer em Manaus-AM.	criança com câncer, classe hospitalar, educação
2004	Em busca da boa morte: uma investigação sócio-antropológica sobre cuidados paliativos.	morte, cuidado com os doentes, aspectos sociais, bioética
2004	O processo de morte e morrer da criança/adolescente: vivências dos profissionais de enfermagem.	enfermagem, morte, criança hospitalizada
2005	"A concepção de morte e a atuação de profissionais da saúde em unidade de terapia intensiva: implicações educacionais".	morte, profissional da saúde, abordagem sócio-histórica
2005	As representações sociais da morte e do processo de morrer para profissionais que trabalham em unidade de terapia intensiva – UTI.	morte, morrer, UTI
2005	Morte, ainda excluída do ensino médico?	ensino médico, morte
2005	Reações de profissionais de saúde diante do risco de morte em crianças. Florianópolis.	comportamento profissional, criança e comportamento de risco
2005	Sociedade contemporânea e cuidados paliativos: a morte e o morrer no campo da saúde.	morte, processo do morrer, cuidados paliativos
2006	A morte e o processo de morrer de crianças em terapia intensiva pediátrica: vivência do enfermeiro.	enfermagem, terapia intensiva, morte de crianças
2006	Dilemas morais no cotidiano da enfermagem: relação do profissional com as famílias do paciente em morte encefálica.	dilemas morais, enfermagem, família, morte encefálica
2006	Educando futuros técnicos de enfermagem diante do fenômeno morte.	educação, formação profissional, morte
2006	O idoso coloca a morte em cena: reflexões sobre a prática médica sob a perspectiva da reumanização da morte nos cuidados paliativos.	morte, cuidados paliativos, humanização, idoso
2007	A construção do "ser médico" e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado.	morte, médicos

2007	A morte na unidade de terapia intensiva: um estudo de caso.	morte, unidade de terapia intensiva, atitude frente à morte
2007	Aspectos sociojurídicos sobre a dignidade humana no processo de morte.	bioética, morte, dignidade humana, paciente terminal
2007	Avaliação de métodos confirmatórios e complementares no diagnóstico da morte encefálica.	morte cerebral, morte encefálica, ética bioética
2007	Convivendo com a morte e o morrer: o ser- enfermeiro em unidade de terapia intensiva.	morte, atitude frente à morte, enfermeiras, unidades de terapia intensiva, UTI
2007	Desvelos: trajetórias no limiar da vida e da morte: cuidados paliativos na assistência domiciliar.	cuidados paliativos, cuidadores, história oral
2007	Enfrentamento de situações de morte e morrer: percepção de médicos e enfermeiros sobre seu preparo.	morte, morrer, formação profissional
2007	Morte, racionalização e contágio moral: um estudo sobre o IML de Curitiba.	morte, racionalização, institucionalização
2007	O acadêmico de medicina frente à morte: questões para se (re) pensar a formação.	morte e morrer, formação médica, hospital
2007	O médico diante da morte na urgência e emergência: reflexões sobre o 'ser' médico.	médico da urgência e emergência, morte, fenomenologia
2007	O médico e a morte: a escola prepara o estudante de medicina para lidar com a morte.	estudantes de medicina, ética médica, bioética
2007	Sentimentos de profissionais de enfermagem diante da morte de recém-nascido em uma unidade de terapia intensiva.	enfermagem, morte, UTI neonatal, fenomenologia, sentimentos
2008	A cara da morte: imaginário fúnebre no relato de sepultadores de São Paulo.	morte, sepultadores, imaginário, sonhos
2008	A subversão da morte: um estudo antropológico sobre as concepções de morte encefálica entre médicos.	morte
2008	Direito à morte digna.	bioética, biodireito, filosofia
2008	Direitos sociais dos moribundos: controle social e expropriação da morte nas sociedades capitalistas.	políticas públicas, controle social, direitos sociais
2008	Morte como desafio afetivo para os profissionais de saúde: ansiedade e sentimentos de quem lida com o paciente terminal com câncer.	equipe de saúde, ansiedade, doente terminal, câncer
2008	O desenvolvimento do conceito de morte digna na uti pediátrica.	cuidado da criança, unidades de terapia intensiva
2008	O profissional que está no fio entre a vida e a morte: vivências, concepções e estratégias de enfrentamento psicológico entre médicos oncologistas.	oncologia clínica prática médica saúde do trabalhador

2008	O ser sendo diante da morte: um estudo sobre a experiência de enfrentamento da morte por profissionais de saúde e suas aprendizagens.	morte, aprendizagem significativa, educação social
2008	Um dizer que fala de vida e morte: revelações e silêncios na comunicação sobre o diagnóstico do câncer.	câncer, diagnóstico, relação do médico com o doente
2008	Uma reflexão bioética diante das dificuldades e limitações do médico no processo de morte de seu paciente.	bioética, morte, médico, vulnerabilidade
2009	“Pela hora da morte”: estudo sobre o empresariar da morte e do morrer uma etnografia no grupo parque das flores, em alagoas.	antropologia, morte, comércio, serviços fúnebres, cemitérios
2009	A experiência da amizade na vida profissional: as relações intersubjetivas frente à dor e à morte em uma equipe de cuidados paliativos.	amizade, equipe, cuidados paliativos, interdisciplinaridade
2009	A morte na concepção de estudantes de enfermagem.	enfermagem, formação do enfermeiro, morte, fenomenologia
2009	Experiência de profissionais e familiares diante da morte de pacientes com câncer em cuidados paliativos.	família, doença, cuidados paliativos, morte, cuidadores
2009	Ideias de vida e de morte e o imaginário de auxiliares de enfermagem de uma instituição de longa permanência para idosos ILPI - do DF.	imaginário, idoso, morte, enfermagem, asilo
2009	Moderno movimento hópice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte.	bioética, atitude frente a morte, assistência paliativa, cuidados
2009	O cotidiano dos funcionários de um instituto médico legal frente à morte: uma leitura a partir da bioética personalista.	bioética, medicina legal, cadáver
2009	Vivenciando o preparo do corpo após a morte: o cuidar da enfermagem.	enfermagem, morte, preparo do corpo
2010	A morte em situações de urgência e emergência: a dimensão cuidadora dos profissionais de enfermagem.	morte, enfermagem, enfermagem em emergência
2010	Concepções médicas de morte e estatização do morrer.	morte medicalização biopoder
2010	Cuidados paliativos e práticas de saúde: um estudo sobre a gestão da morte na sociedade contemporânea.	cuidados paliativos, subjetividade, morte, psicologia
2010	O cuidar/cuidado para uma boa morte: significados para uma equipe de enfermagem intensivista.	cuidados, enfermagem, morte, UTI
2011	Educação para morte com idosos: uma visão neurológica sobre o profissional.	educação para a morte, idoso, naturologia, saúde
2011	Morte e luto: vivências de profissionais da saúde de uma unidade de transplante de células-tronco hematopoiéticas de um hospital oncológico.	equipe de assistência ao paciente, morte, pesar

2011	O agente funerário e a morte: o cuidado presente diante da vida ausente.	morte, agentes funerários, corpo, cuidado
2011	O cuidado na morte: as concepções da equipe da hospedaria de cuidados paliativos do hospital do servidor público municipal – HSPM.	mente, cuidados, cuidados paliativos, humanização
2011	O oncologista clínico diante da morte: implicações para a produção do cuidado.	oncologista clínico, morte, pacientes terminais
2011	Vivências dos enfermeiros acerca da morte em crianças oncológicas.	enfermagem, morte, fenomenologia, oncologia
2012	Morte digna a partir dos princípios da dignidade da pessoa humana e da autonomia da vontade: um direito do cidadão.	morte digna, princípios constitucionais, dignidade
2012	A equipe de saúde em uma UTI geral/adulto: a experiência de cuidar da vida e da morte.	UTI, equipe de saúde, fenomenologia existencial
2012	A morte e o morrer numa unidade de terapia intensiva pediátrica: os desafios para cuidar em enfermagem na finitude da vida.	atitude frente à morte, cuidado de enfermagem, UTI pediátrica
2012	A questão da morte na prática pedagógica de formadores religiosos.	tanatologia, prática pedagógica, prática pastoral, psicologia
2012	A visão da morte e do morrer dos profissionais da saúde de um hospital universitário terciário e quaternário de São Paulo.	atitude frente à morte, tanatologia, unidades de terapia intensiva
2012	Cuidados paliativos e ser-para-a-morte: reflexões sobre um atendimento psicológico.	ser-para-a-morte, Heidegger, cuidados paliativos
2012	Espera por um milagre”: os médicos diante da morte encefálica de pacientes adultos jovens.	morte encefálica, médicos, espiritualidade, religiosidade
2012	Grupos centrados na tarefa de dialogar sobre a morte e o morrer: sobre seus significados.	morte, recursos humanos, psicologia, grupos, terapêutica
2012	Narrativas de uma equipe de enfermagem diante da iminência da morte.	equipe de enfermagem, unidade terapia intensiva, narrativas
2012	O estudo da morte na formação do enfermeiro: percepção de estudantes.	educação em enfermagem, estudantes, morte
2012	O que acontece no encontro do médico com a morte do seu paciente.	médicos, oncologistas, morte
2012	Relações entre educação e saúde: formação continuada para o enfrentamento da situação de morte por profissionais de enfermagem.	educação, enfermagem, Bournout

Tabela 6: Categoria Hospitalidade Profissional das pesquisas sobre morte e hospitalidade por área de conhecimento – Brasil, 1989 - 2012

Área do Conhecimento	QTD	Frequência
ENFERMAGEM	22	27%
PSICOLOGIA	20	24%
SAÚDE	8	10%
EDUCAÇÃO	5	6%
SOCIOLOGIA	5	6%
MEDICINA	4	5%
DIREITO	3	4%
SERVIÇO SOCIAL	3	4%
SOCIAIS E HUMANIDADES	2	2%
TEOLOGIA	2	2%
ANTROPOLOGIA	2	2%
INTERDISCIPLINAR	2	2%
ODONTOPEDIATRIA	1	1%
PSIQUIATRIA	1	1%
ENSINO	1	1%
BIOÉTICA	1	1%
NUTRIÇÃO	1	1%
Total	83	100%

Fonte: elaboração própria, 2015.

Durante a análise temática foram identificadas subcategorias da Hospitalidade profissional: Profissionais da Saúde, Profissionais da Morte, Bioética, Cuidados Paliativos, Políticas Públicas e Formação de Teólogos.

4.3.1 Análise da Subcategoria Profissionais da Saúde

A subcategoria Profissionais da Saúde elencou a maioria das pesquisas (62; 75%), que abordaram situações relacionadas a atuação médica e dos profissionais da enfermagem.

As pesquisas tratam de diversos assuntos como a educação para a morte na formação médica e profissionais da saúde (KOVÁCS, 1989; HOFFMAN, 1991; ANDREIS, 1995; MARTINS, 2002; GUERRA, 2005; FREITAS, 2005; COMBINATO, 2005; FRANÇA, 2005; QUIRINO, 2007; SILVA, 2007; LIMA, 2007; AZEVEDO, 2007; CASTRO 2008; CANO, 2008; LOPES, 2010; TOME, 2010; CHRISTOFOLETTI, 2011; HERINGER, 2012; FLAUZINO, 2012; CEZÁRIO, 2012;). Pesquisas relacionadas, à educação para a morte direcionada aos profissionais da enfermagem (BRONDI, 1997; FIDELIS, 2002; ZORZO, 2004; GONÇALVES, 2007; TRUGILHO, 2008; CARVALHO, 2009; GUIMARÃES, 2009; SILVA, 2010; PESSOA,

2012; FERREIRA, 2012; GIANINI, 2012). Pesquisas que abordaram a atuação da equipe de enfermagem em contato com pacientes em estado crítico, em Unidades de Terapia Intensiva-UTI, tanto adulta quanto pediátrica (RODRIGUES, 2001; MARTINELLI, 2001; POLES, 2003; HADDAD, 2006; SOUZA, 2003; 2006; BERTOLETTI, 2006; CARVALHO 2006; SILVA, 2007; SANCHES, 2007; ALMEIDA, 2011; COSTA, 2012). Pesquisas voltada para a discussão em torno das estratégias de apoio para conter o estresse dos profissionais da saúde que convivem diretamente com pacientes terminais (GEOFFROY, 1993; FIGUEIREDO, 1994; BENINCA, 2002; ABRANCHES, 1998; SILVA, 2001; POLES, 2008; FARIA, 2008; CAMPOS, 2011; RODRIGUES, 2011; MORAES, 2012). Pesquisas relacionadas à relação médico-paciente, frente à doenças crônicas contagiosas (TEODOROWIC, 2003; PESCAROLO, 2007). Pesquisas que abordaram relação-médico-paciente em cuidados paliativos (COELHO, 2001; DAVID, 2002; MARINHO, 2005; OLIVEIRA, 2006; SOARA, 2009; LIMA, 2009). Pesquisas relacionadas à comunicação da má notícia (SALGADO 2008; MELO JUNIOR, 2012)

A importância da discussão sobre as questões da morte e do morrer para a formação dos profissionais da área da saúde merece destaque. Maria Julia Kovács, desde 1989, juntamente com seus alunos do curso de Psicologia da Universidade de São Paulo – USP, do qual é coordenadora, promove debate em torno do tema.

A morte é uma preocupação básica para o homem, e também para a psicologia, cujo objeto de estudo é o ser humano. Se a morte é um interdito social, não o pode ser para o psicólogo, que como profissional de saúde, tem a morte no seu cotidiano do trabalho. A ausência do tema da morte no currículo foi analisada e são relatadas experiências de cursos de Psicologia da Morte nos EUA. Sugerimos a criação de um curso optativo "Psicologia da Morte" na graduação em psicologia da USP para sensibilização, reflexo e discussão do tema da morte. (KOVÁCS, 1989)

Vale ressaltar que o curso foi implementado e Kovács mantém viva a expectativa de que esta discussão seja ampliada, adequadamente, às demais áreas da saúde, como medicina, enfermagem e outros.

Ainda com relação à educação para morte para os profissionais da área médica vale ressaltar a pesquisa de Azevedo (2007) realizada com alunos do oitavo semestre do curso de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul.

[...] Pela análise dos questionários e das entrevistas, pode-se perceber o medo, o sentimento de impotência e até mesmo a banalização da morte, o que implica a necessidade de um ensino mais apropriado sobre este tema, bem como espaços de discussão e de aproximação com a morte e o morrer dos pacientes dentro dos campos das práticas educativas. Os acadêmicos referem o desejo de uma formação capaz de re (pensar) a emoção e razão, médico e paciente, professor e aluno, a cura e o cuidado, a vida e a morte. (AZEVEDO, 2007)

Azevedo (2007) teve como propósito analisar o quanto a graduação prepara os acadêmicos de medicina para o enfrentamento da morte. Buscou compreender o que significa para os alunos, sujeitos desta pesquisa, o enfrentamento da morte em sua prática educativa no cotidiano hospitalar

Com referência à educação para a morte para os estudantes da graduação da enfermagem vale ressaltar a pesquisa de Carvalho (2009).

[...] A partir da compreensão do fenômeno estudado, pode-se afirmar que a morte produz sentimentos conflitantes que conduzem os estudantes à autoproteção. No entanto, estes mostraram-se sensíveis e receptivos à abordagem da morte dentro de outras dimensões, para além dos aspectos eminentemente técnicos. A pesquisa evidencia fragilidades na formação do enfermeiro no que concerne à compreensão do ser humano em sua totalidade e finitude, e a necessidade de superá-las. (CARVALHO, 2009)

Da mesma forma, destaca-se a pesquisa de Guimarães (2009), cujo objetivo foi compreender o fenômeno “como é para a equipe de enfermagem preparar o corpo do cliente após a morte”. O estudo foi realizado com Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem de uma instituição hospitalar, da Região Leste, do Município de São Paulo.

O estudo desvelou que vivenciar o preparo do corpo pós morte significou que: quando o profissional se vê diante do corpo sem vida e toma consciência da sua própria finitude vê “o reflexo de si mesmo”; essa vivência permite buscar “um sentido de continuidade”, quando o profissional se depara com a família/acompanhante após o acontecimento e tem de ajudá-la nesse momento de sofrimento; possibilita também “buscar uma nova situação”, em que o tempo e a liberdade de escolha fazem com que se procurem caminhos para enfrentar essa situação[...] (GUIMARÃES, 2009)

A pesquisa contribuiu para ampliar a reflexão e a atitude do profissional quando diante deste tipo de situação, como também inspirou a busca por novas discussões sobre a temática da morte a serem pesquisadas na área da enfermagem.

Os conflitos vivenciados pela equipe de enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica- UTIP, são destacados por Almeida (2011).

[...] Assim, percebe-se neste trabalho que o ser-enfermeiro da oncologia pediátrica vive permeado de conflitos, necessitando de apoio e preparo por parte da instituição de saúde para que deixe de considerar a morte do paciente como um fracasso ou incompetência profissional e consiga estar-com-o-outro na sua finitude, reconhecendo este momento como parte integrante da vida e como uma possibilidade para todos nós [...] (ALMEIDA, 2011)

A morte da criança e do adolescente é considerada pela maioria dos profissionais da área da saúde como das mais tocantes. O vínculo e as emoções vivenciadas pela equipe, durante o processo da terminalidade destes pacientes, promove muita comoção e instabilidade emocional.

Sanches (2007) aborda as dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva.

[..]Os discursos possibilitam afirmar que o tema morte e o relacionamento com estes pacientes deveriam ser amplamente discutidos nas estruturas curriculares das universidades com vistas à desmistificação dos significados dos fenômenos que estejam associados à ideia de medo e pavor e que possa; dessa maneira; surgir uma nova forma de entendimento e sensibilidade para lidar com o processo de morte e o morrer. Enquanto os profissionais que atuam na área da saúde não compreenderem que a morte faz parte da existência; não poderão estar-com-o-paciente de maneira autêntica em situação de terminalidade e devem apreender que a morte e o morrer não são sempre um desafio a ser vencido; mas parte inalienável da vida[...] (SANCHES, 2007)

Novamente a questão sobre a formação do enfermeiro e preparo para atuar em áreas críticas do hospital, em especial as que lidam com a morte e o morrer em seu cotidiano, reforçam a necessidade de maior preparo do ponto de vista profissional e formativo.

Rodrigues (2011) discute a necessidade de apoio ao estresse vivenciado pelo profissional da saúde em sua prática diária, especialmente àqueles que se defrontam com situações de risco.

Além das vivências e angústias dos pacientes, considera-se o estresse dos profissionais. A equipe de saúde trava uma luta incessante por esses pacientes. Não conseguir evitar ou adiar a morte, ou mesmo aliviar o sofrimento, pode trazer ao profissional do Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas – TCTH, a vivência de seus limites, de sua impotência e de sua finitude. Esta pesquisa qualitativa objetivou conhecer o significado da morte dos pacientes para os profissionais (RODRIGUES, 2011)

A pesquisa acima voltou-se especificamente para os profissionais que trabalham na área oncológica, em especial, a que trata do transplante de células-tronco. Na conclusão fica evidente a necessidade de promover maior discussão sobre a morte, o morrer e o enfrentamento do luto pela equipe, a fim de acolher os sentimentos, as angústias dos profissionais com intervenções adequadas ao contexto.

Faria (2008) pesquisou o nível de ansiedade da equipe de saúde que lida com o paciente terminal com câncer, identificando os fatores a ela associados, bem como os sentimentos dos profissionais frente à situação críticas dos doentes terminais, neste caso em especial o público infantil.

[...]Conclui-se que sobrecarga de trabalho e os duplos empregos podem interferir no nível de tensão e ansiedade do profissional. O lidar com a terminalidade, principalmente, quando se trata do atendimento à criança, poderá desencadear sofrimento psíquico. A realização de estratégias de apoio e treinamentos a fim de reduzir e/ou prevenir altos níveis de ansiedade e estresse, são indicados. (FARIA, 2008)

Novamente a questão do apoio psicológico e formativo se faz presente nesta pesquisa.

Pescarolo (2007) aborda as reações dos profissionais da saúde que trabalham no Instituto Médico Legal – IML e de que forma eles racionalizam o contágio no exercício de suas funções.

Nesta pesquisa, abordaremos, a partir do Instituto Médico Legal de Curitiba, a morte, demonstrando o processo de racionalização e institucionalização que ela vem sofrendo ao longo dos séculos. Trataremos também de uma dimensão do contágio relativo à morte que é moral, não obstante seja legitimada por um discurso técnico-racional científico da medicina higienista. Quando entramos em contato com a morte, com o morto, o cadáver, é acionado um medo de contaminação que extrapola a possibilidade real de contágio biológico [...] (PESCAROLO, 2007)

Embora uma observação mais atenta possibilite perceber que se trata de um contágio moral e não real, pautado muito mais em preceitos tradicionais, os profissionais não fazem facilmente essa distinção. As medidas de “purificação” adotadas por esses profissionais quando entram em contato com o cadáver acabam se sobrepondo a noções racionais de higiene.

Marinho (2005) traz a discussão em torno da importância dos cuidados paliativos e a relação médico-paciente em situações irreversíveis.

[...] a reflexão a assistência denominada cuidados paliativos, o qual tem significado uma tentativa de humanizar o cuidado dispensado a pacientes portadores de doença avançada, sem possibilidades de cura ou em fase de terminalidade da vida.[...] (MARINHO, 2005)

Da mesma forma, Oliveira (2006) ressalta a importância dos cuidados paliativos, em especial para o tratamento do público idoso e a relação médico-paciente

[...] Cuidados Paliativos, especialmente na velhice, que pode ser a fase em que os pacientes em processo de morte mais necessitem do cuidar. Não visa criar regras, rótulos, estipular condutas, mas uma conscientização da importância do médico fazer-se próximo, buscando a reumanização da morte.[...] (OLIVEIRA, 2006)

4.3.2 Análise da Subcategoria Cuidados Paliativos

A subcategoria cuidados paliativos com (7; 8%) abordou assuntos como procedimentos e atenção integral ao paciente com doença crônica ou terminal (MENEZES, 2004 ; MARINHO, 2010; MENDONÇA, 2012); assistência domiciliar em cuidados paliativos (SILVA, 2007; MAGALHÃES, 2009); movimento hópice (FLORIANI, 2009); cuidados paliativos no Hospital do Servidor Público de São Paulo (IHA, 2011)

Menezes (2004) apresenta por meio de sua pesquisa o conceito de cuidados paliativos, como uma nova possibilidade de prestar assistência ao doente em situações de irreversibilidade, com foco em sua qualidade de vida e alívio da dor, para trilhar o percurso da “boa morte”.

[...] Os Cuidados Paliativos postulam uma nova forma de assistência ao período final de vida de doentes diagnosticados como (fora de possibilidades terapêuticas) e fundam uma nova especialidade médica voltada especificamente para esta categoria de pacientes. As equipes de unidades de Cuidados Paliativos propõem-se a atender a (totalidade bio-

psico-social-espiritual) do doente e seus familiares, minimizando a dor e dando suporte emocional e espiritual a todos os envolvidos no processo do morrer. Este acompanhamento busca produzir uma (boa morte), segundo modelo preconizado por seus ideólogos. (MENEZES, 2004)

Em sua análise, Menezes (2004) constata que o estudo reforçou a importância dada, pela equipe, ao controle das circunstâncias do morrer, conduzindo a produção de uma imagem pacificada da morte ou a “boa morte”.

Silva (2007) pesquisou a participação da família na assistência domiciliar para o cuidado paliativo.

[...] A junção dos Cuidados Paliativos e da assistência domiciliar constitui-se no foco central deste trabalho, tendo como objetivo entender como se efetiva tal prática e como o familiar se organiza para assumir a referida atenção [...]

A pesquisa tentou analisar como se dá a ligação da assistência domiciliar e dos cuidados paliativos, buscando compreender como se constitui esta prática e como a família se estrutura para a viabilização da referida prática. Focou-se a construção do papel social do cuidador familiar e a desconstrução do mesmo mediante o falecimento do paciente, tendo a morte como divisor de ambos os processos.

Iha (2011) buscou através da análise da prestação de serviços na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público na cidade de São Paulo, estudar o significado desse serviço para o supervisor e sua equipe de profissionais da Unidade de Cuidados Paliativos. Concluiu que a filosofia de cuidados paliativos no âmbito hospitalar apresenta importantes limitações e desafios institucionais para sua efetivação cotidiana, contudo o modelo aplicado pela Hospedaria de Cuidados Paliativos do HSPM demonstrou um processo que inclui o atendimento integral ao usuário e à família, ações interdisciplinares e o estímulo da autonomia profissional na prestação dos serviços.

4.3.3 Análise da Subcategoria Bioética

A subcategoria bioética com (5; 6%) de pesquisas abordou situações relacionadas à morte encefálica (MARINO JUNIOR, 2007; GUILHERMINO, 2007; MACEDO, 2008), morte digna (SUSKI, 2012), vivência de trabalhadores do Instituto Médico Legal (KOHLER, 2009).

Guilhermino (2007) propõe a polêmica discussão em torno da “morte encefálica”, em especial sobre o momento certo em que se dá morte. Detalhe importante e questionado sob a visão de vários conceitos de especialistas da medicina e bioeticistas.

[...] Analisando a situação do médico diante da morte e de sua prática cotidiana sob a luz da Bioética, pode-se enunciar a vulnerabilidade desse profissional. Somando-se a outros estudos já realizados nota-se que existe uma necessidade premente de que as escolas médicas passem a oferecer uma maior e mais adequada orientação ética, associada ao saber técnico-científico, a fim de formar médicos ajustados às exigências do cotidiano profissional, proporcionando assim, o completo exercício da arte médica [...] (GUILHERMINO, 2007)

Marino Junior (2007) sugere em sua pesquisa a normatização específica para a morte encefálica o que reflete também na questão da discussão sobre a morte digna defendida na pesquisa de Susuki (2012),

Nossos objetivos foram sobretudo a comparação e melhores indicações dos vários métodos complementares de diagnóstico da Morte Encefálica de acordo com cada situação clínica, que menos retardam a confirmar o diagnóstico de morte; a criação de um centro de excelência e de referência nacional; estudar com especial atenção os valores científicos, éticos, bioéticos, culturais, sociais e religiosos que envolvem o fim da vida humana; humanizar os cuidados aos potenciais doadores de órgãos e tecidos e às suas famílias, e normatizar os cuidados, exames e o atendimento de pacientes terminais portadores de Morte Encefálica [...] (MARINO JUNIOR, 2007)

Ambas as pesquisas citadas sugerem maior esclarecimento e regulação sobre a questão da morte encefálica. Reforçam a importância de alinhamento de todas as áreas que interferem no conceito e análise científica, com o propósito de minimizar possíveis divergências de fórum “ético, bioéticos, culturais, sociais e religiosos”, além de contribuir para a polêmica questão de doação de órgãos.

A pesquisa que versa sobre a vivência dos trabalhadores do Instituto Médico Legal de Londrina, elaborada por Kohler (2009), analisou o emocional dos funcionários do IML.

[...] as experiências dos funcionários no IML com morte, identificar os desafios advindos e as percepções sobre a humanização no cotidiano do processo de trabalho em seu ambiente profissional[...] (KOHLENER, 2009)

Kohler (2009) enfatiza que entre os sentimentos surgem a tristeza, a compaixão, a dor, o medo, a surpresa, a exaustão, a impotência, a realização profissional e o resgate como ser humano

Resultados deste estudo evidenciam que os funcionários do IML são impelidos ao resgate de suas crenças e valores enquanto pessoas, desde o momento em que, conceituam morte, recordam-se de suas vivências, trabalham em equipe, relacionam-se com o cadáver e com os familiares deste. [...] (KOHLENER, 2009)

A valorização a ser impressa aos trabalhos dos profissionais que lidam diretamente com a morte é de fundamental importância para maior compreensão sobre os processos que envolvem a hospitalidade e a morte. Não basta apenas o cumprimento dos rituais, para com os mortos e a família, mas também reconhecer àqueles que os organizam e protagonizam a realização de todas as etapas por meio de suas peculiares especialidades.

4.3.4 Análise da Subcategoria Profissionais da Morte

A subcategoria profissionais da morte com (5; 6%) apresentou a abordagem sobre trabalhadores que lidam profissionalmente com a morte, seja na burocracia, preparando papéis, em áreas de apoio, fabricando caixões e urnas ou na operacionalização de serviços de preparar, velar, transportar, sepultar ou cremar corpos (LESSA, 1992; PAVÃO 2002; DE FRANCO 2008; LIMA, 2009; CÂMARA, 2011),

[...] Se o estigma causa constrangimento ao trabalhador, ao sentir-se rejeitado na sociedade o medo da morte e a presença constante do sofrimento vai exigir-lhe um grande esforço psicológico para manter a naturalidade em suas rotinas de trabalho [...] (LESSA, 1992)

Lessa (1992), em sua dissertação, os trabalhadores da morte, estuda a discriminação e o estigma social sofridos pelos profissionais deste setor, desde os que manejam burocraticamente até os que sepultam ou cremam os corpos. O preconceito com os que operacionalizam a morte é fonte de constrangimento para o profissional, que além do sentimento de rejeição, tem que lidar

com o medo da morte e com a presença constante do sofrimento. Segundo a autora, esses fatores fazem com que esse trabalhador engendre um grande esforço psicológico para sustentar a naturalidade diária do seu trabalho. Por meio de relatos do cotidiano dos profissionais e das suas impressões, a autora elencou as estratégias de enfrentamento por eles adotados.

Tais profissionais se utilizam de estratégias de defesa como a omissão do emprego na funerária até a revelação da natureza do seu trabalho de forma criativa. Diversos também são os mecanismos de proteção do medo da morte. A sua conclusão aponta a necessidade de aprofundamento sobre a saúde física e mental para estes profissionais.

De Franco (2008), por sua vez buscou compreender o imaginário que cerca a morte em sepultadores de cemitérios paulistanos, considerando seu repertório religioso e cultural.

[...] sepultadores se percebem distintos do restante da população, pois possuem a consciência que seu trabalho é evitado e de imaginário sombrio, o que os torna alvo de discriminação, mas também poderosos pela relação especial com a morte, que aos demais é incompreensível e amedrontadora. (DE FRANCO, 2008)

Vale ressaltar que além da discriminação também sinalizada na pesquisa De Franco (2008), foi percebido o uso de álcool pelos sepultadores, “apontando a necessidade de mais atenção e pesquisa, visto que a severidade do quadro não se restringe somente ao indivíduo, mas também à sociedade e ao governo, uma vez que sepultar é uma profissão pública”.

4.3.5 Análise da Subcategoria Políticas Públicas

A subcategoria Políticas Públicas elencou pesquisas (3; 4%) abordou situações relacionadas a direitos sociais dos moribundos e morte digna e desigualdade humana nos processos de morte (GURGEL, 2008; FAUSTINO, 2008 e WERBERICH, 2007).

Os estudos relacionados às políticas públicas sobre a morte e o morrer versam sobre as questões bioéticas e do exame dos fundamentos do princípio da dignidade da pessoa humana. Enfocam e questionam as “consequências sociojurídicas do reconhecimento do direito à morte e da condição mortal do ser humano na vida e existência de um ser em estágio terminal”.

Faustino (2008) discorre sobre a morte como um dos direitos da personalidade e como tal deve ser garantido ao ser humano morrer dignamente. O trabalho foi desenvolvido por intermédio

da análise de casos concretos, levantamento de entendimentos médico, jurídicos e filosóficos, comparando-se o direito pátrio com o alienígena e embasamento jurisprudencial.

[...] O desenvolvimento do tema se deu por análise de casos concretos; levantamento de entendimentos médico; jurídicos e filosóficos; comparando-se o direito pátrio com o alienígena e embasamento jurisprudencial. Efetiva-se que o direito a morte digna é pertencente aos direitos da personalidade como decorrência da própria vida; devendo ser garantido a todas as pessoas em respeito ao princípio da dignidade humana; sempre que do seu exercício; no caso concreto; não interfira no direito absoluto a vida; observados critérios descritos neste trabalho [...] (FAUSTINO, 2008)

Werberich (2007) contribui com pesquisa sobre a morte digna e a necessidade de resolução jurídica.

[...] Por fim, tenta-se demonstrar, através de casos concretos, que o processo de morte necessita de uma resolução jurídica, apresentando-se legislações emergentes para o fim da vida, procurando enfatizar que a morte é um direito a ser reconhecido na efetivação da dignidade, utilizando-se, para tanto, a autonomia [...] (WERBERICH, 2007)

Conclui-se que o direito à morte digna é pertencente aos direitos da personalidade como decorrência da própria vida, devendo ser garantido a todas as pessoas em respeito ao princípio da dignidade humana.

4.3.6 Análise da Subcategoria Formação de Teólogos

A subcategoria Formação de Teólogos (MARTINS, 2012) apresentou uma pesquisa (1; 1%), que analisou como o tema morte se manifesta na prática profissional dos formadores de um curso de Teologia. A análise foi realizada através de entrevistas gravadas e transcritas, ancoradas na abordagem da Psicologia Cultural proposta por Jerome Bruner. Os dados obtidos demonstram que o tema morte é entendido como interdito, ou seja, que há uma proeminente fuga em relação à temática.

Enquanto na cultura oriental a morte é vista como evolução, crescimento e transição para uma nova vida, na cultura ocidental, a partir da modernidade, ela é tida como fim, ruptura, fracasso. Essa forma de

tratamento do tema também se faz presente nas diversas instituições sociais da cultura brasileira, tanto na sua forma concreta como simbólica. Este trabalho relata uma pesquisa iniciada em uma instituição de ensino superior sobre como este tema se manifesta na prática profissional dos formadores de um curso de Teologia. (MARTINS, 2012)

Concluiu-se que os formadores, mesmo sem preparação específica, utilizam todo o conhecimento de suas áreas de formação e as experiências vicárias para enfrentar os problemas que surgem em suas práticas (pastorais e pedagógicas), o que, segundo o autor, poderia ser o ponto de partida para qualquer programa de formação de profissionais da área.

4.4 Síntese do Capítulo

A análise das categorias Hospitalidade familiar, Auto-hospitalidade e Hospitalidade profissional permitiu ampliar a compreensão sobre a abrangência do tema da hospitalidade e morte e a evolução das produções científicas em torno do mesmo, considerando o período de 1988 a 2012.

A análise por nível de conhecimento demonstrou o mestrado com o maior número de produções (80%), seguido do doutorado (20%).

Tomando por base os dados apresentados na segunda amostra, tratada neste capítulo, verifica-se, de forma geral, que a maior produção científica sobre o tema em questão concentrou-se entre os anos 2001 e 2002 e entre os anos de 2007 a 2009. Em 2010, percebeu-se uma redução equivalente a 50% da produção, seguida de uma retomada expressiva entre os anos de 2011 e 2012, praticamente o dobro de 2010 e superior aos anos de pico.

A região que concentrou o maior número de produções foi a Sudeste, seguida das regiões Nordeste e Sul, respectivamente, deixando o restante igualmente dividido entre as regiões Centro Oeste e Norte.

A grande área de conhecimento foi a área das Ciências Humanas, seguidas das áreas da Saúde, Ciências Sociais e Multidisciplinar. Com relação às áreas de conhecimento destaca-se em primeiro lugar a área da Psicologia, seguida da Enfermagem, Educação, Direito e Medicina.

Quanto às instituições produtoras, a maioria das pesquisas são da área pública e a minoria de instituições privadas, distribuídas por todas as regiões brasileiras, o que indica um tema de pesquisa de interesse nacional.

Entre as universidades públicas, destaca-se a USP com a maioria das pesquisas, e entre as privadas a PUC de São Paulo. Juntas, estas instituições respondem por aproximadamente 27% da produção brasileira. Além dessas, sobressaem-se a UFRJ e UFRN respectivamente.

A Categoria Hospitalidade Profissional demonstrou o maior número de produções, com 83 das pesquisas. A área de conhecimento que apresentou o maior número de produções científicas desta categoria foi a área da Enfermagem, com 27% das produções, seguida da área da Psicologia, com 24% e Saúde, com 10%. A Região Sudeste também foi a de maior concentração de pesquisas, com 53%, seguida do Nordeste, com 23%. Os anos de maior produção das pesquisas desta categoria foram entre 2007 e 2008 e o ano de 2012.

Durante a análise dos resumos da categoria Hospitalidade Profissional foram encontradas as seguintes subcategorias: Profissionais da Saúde com 75% da produção de pesquisas; Cuidados Paliativos com 8%; Profissionais da Morte com 6%; Bioética com 6%; Políticas Públicas com 4% e Formação de Teólogos com 1%.

A categoria com segundo maior número de produções foi a Categoria Auto-hospitalidade, que discute o enfrentamento da morte pelo próprio indivíduo. Apresentou um total de 45 pesquisas. A área de conhecimento que apresentou o maior número de produções científicas desta categoria foi a Psicologia, com 40% das produções, seguida da área da Educação, com 18%; Direito, com 13% e Medicina, com 7%. A Região Sudeste também foi a de maior concentração de pesquisas com 60% da produção, seguida do Nordeste, com 18% e Sul, com 13%. Os anos de maior produção das pesquisas desta categoria foram entre 2011 e 2012.

Durante a análise da categoria Auto-hospitalidade foram encontradas as seguintes subcategorias: Enfrentamento Individual (76%) e Bioética (24%).

A Categoria Hospitalidade Familiar apresentou 26 produções. A área de conhecimento com o maior número de produções foi a da Psicologia, com 65% das produções, seguida das áreas Teologia, Enfermagem e Medicina, as três igualmente com 8% das produções. A Região Sudeste também manteve a maior concentração de pesquisas com 65%, seguida do Sul, com 19% e Centro-oeste, com 8%. Os anos de maior produção de pesquisas nesta categoria foram 2001, 2010 e 2012.

Durante a análise dos resumos da categoria Hospitalidade Familiar foram encontradas as seguintes subcategorias: Enfrentamento da perda, com 8%, Rituais Funerários e Morte e Mito, com 4%.

Com esta análise, percebe-se a variedade e a complexidade de detalhes a serem tratados nesta temática e a impressão de que muito ainda precisa ser feito para uma melhor elaboração e compreensão dos assuntos relacionados à perda, finitude, morte e em especial à hospitalidade.

CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve como objetivo pesquisar o estado da arte sobre as produções científicas relacionadas à hospitalidade e morte no período de 1988 a 2012. Conforme apresentado no Capítulo 3, a busca pelas palavras-chave hospitalidade e morte não resultaram em nenhuma produção, contudo quando da tentativa de busca pela palavra-chave morte, o resultado se mostrou altamente representativo.

O processo de pesquisa e análise dos 154 resumos selecionados da primeira mostra (229 resumos), resultou nas três categorias: Hospitalidade Familiar, Auto-hospitalidade e Hospitalidade Profissional.

Ao analisar a Hospitalidade Familiar e suas subcategorias, percebeu-se uma forte tendência em discutir a morte e o morrer na formação de profissionais, como também, uma insistente cobrança por maior assistência psicológica para os que trabalham com a saúde, em especial aos que assistem a pacientes terminais diariamente em suas rotinas de trabalho.

Os Cuidados Paliativos também são insistentemente mencionados, por minimizarem o enfrentamento da morte para os pacientes portadores de doenças crônicas-degenerativas, que, dada a gravidade, dispensam tratamento médico e requerem atenção, cuidado, alívio e bem-estar. Tais práticas envolvem tanto a participação da assistência clínica como a familiar, nos cuidados ao doente. Quanto aos Profissionais da Morte, discutiu-se a falta de reconhecimento atribuída aos que trabalham em áreas administrativas ligadas ao serviço funerário, como também, para os que operacionalizam serviços como remoção de cadáveres, tratamento do corpo morto, sepultamento, etc. Tais trabalhadores demonstraram, por meio de pesquisas, sofrerem a discriminação por trabalharem na área de serviços funerários. Alguns preferem omitir, em algumas circunstâncias, sua real área de trabalho a fim de evitarem constrangimentos. Vale ressaltar que estes profissionais também sofrem psicologicamente com a estética e a escatologia da morte, vivenciadas em suas rotinas de trabalho. O apelo por um maior reconhecimento profissional e assistência psicológica ficam evidentes nas conclusões dos resumos analisados.

A Bioética, juntamente com as Políticas Públicas, discutem a autonomia que deve ser atribuída ao homem como um ser integral e individual para decidir sobre a preservação de limites a serem considerados pela medicina quando diante de situações críticas de saúde. A medicalização da morte é veementemente criticada por bioeticista que discutem conceitos sobre a morte encefálica, a ortotanásia ou a “boa morte”. Discordam da distanásia - quando o

prolongamento da vida se dá por recursos artificiais sem nenhuma expectativa de cura; promovem debates polêmicos em torno da eutanásia e do suicídio assistido, permitido em poucos países e não autorizados no Brasil. Por consequência, anseiam pela legalização do Testamento Vital (vigente em alguns países) - documento que permite ao indivíduo, quando em sã consciência, registrar legalmente sua expectativa de tratamento médico para quando se encontrar fora de seu domínio físico e comunicativo. Atualmente, para o Testamento Vital ser reconhecido, dependerá do empenho familiar, da receptividade do médico e equipe hospitalar para se fazer valer a vontade do paciente sobre os procedimentos relacionados a sua assistência clínica. As pesquisas relativas às políticas públicas também reivindicam providências sobre esta questão.

A Formação de Teólogos também se defronta com a falta de abordagem específica sobre o enfrentamento da morte e do morrer, e consideram necessário um maior aprofundamento sobre a questão para a formação de professores na área da teologia.

Ao analisar a Auto-hospitalidade e suas subcategorias, a que trata do Enfrentamento Individual desdobrou-se em abordagens relacionadas a educação para morte no ensino fundamental; negação da morte; representações de morte para pacientes terminais portadores de doenças como vírus HIV / AIDS; doenças oncológicas e demais doenças crônicas. Além destas outras pesquisas, buscaram interpretar as percepções da morte manifestadas pelos jovens, adultos, crianças e idosos.

Tais buscas caracterizam uma necessidade para maior compreensão do indivíduo quando diante do cenário ou percurso da própria morte. Segundo Kübler-Ross (2008), é de suma importância assistir ao moribundo e tentar compreender sua reação ao lidar com a própria finitude. Atitude veementemente defendida por Elias (2001) e valorizada, por Henezzel (2004) em sua pesquisa sobre a morte íntima. Como alguém desprovido de referências e orientações sobre os procedimentos condizentes para o enfrentamento da morte, pode se prontificar a ajudar e/ou assistir a um moribundo em seu processo terminal ou no momento de sua passagem? Conforme mencionado por Kübler-Ross (2008), muitas vezes o doente terminal sabe que vai morrer, quer conversar sobre o assunto, mas ele próprio tem medo de chocar aquele que o assiste e que finge “estar tudo bem”. Assim como os familiares, os mais próximos e os profissionais da saúde tendem a agir de forma silenciosa atendo-se apenas aos procedimentos, sem se preocupar com o diálogo ou com a ajuda humana e espiritual tão necessária aos moribundos.

Da mesma forma, as crianças também foram pesquisadas sobre o enfrentamento da perda. Percebeu-se uma lacuna a ser preenchida nas abordagens escolares, mas também familiares, ou mesmo para o jovem, como também para o idoso, tão defendido por Elias (2001) acerca da

questão do isolamento natural que o mesmo sofre pela sociedade, seja pela debilidade senil, como pela praticidade de deixá-lo em algum canto da casa, do asilo ou do hospital para que morra da forma mais higiênica e discreta possível.

O sentimento dos pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas, como o vírus HIV, apresentou relatos de sentimentos de vergonha e ofensa devido ao preconceito percebido pelos próprios, que passaram a desenvolver sintomas depressivos, seja pela relação da doença com a sexualidade, como pela discriminação à orientação sexual percebida por alguns doentes.

Quanto à Subcategoria Bioética, as abordagens deram-se em torno da eutanásia, ortotanásia, suicídio e testamento vital, também comentados na Categoria Hospitalidade Profissional, porém tratados aqui como questões a serem refletidas e decididas pelo próprio indivíduo (ou em últimas circunstâncias representado pela família), assim como a falta de respaldo jurídico para auxiliar questões conflitantes como eutanásia e direito ao suicídio assistido transitam em torno da polêmica permeada por discussões religiosas, culturais e éticas.

Ao analisar a Hospitalidade Familiar e suas subcategorias percebeu-se uma forte tendência para discussões sobre o enfrentamento da morte pela família, pelo jovem, pelo adulto, pela criança e pelo idoso. Pesquisas sobre pais que perderam seus filhos em Unidades de Terapia Intensiva–UTI, como também o luto familiar por meio de formas trágicas. Pesquisas sobre jovens que perderam seus pais e sentiram-se desamparados emocional e socialmente. Jovens que perderam colegas de escola, vítimas de violência urbana. Pesquisas sobre idosos residentes em asilos e o enfrentamento dos mesmos pela perda de amigos somada à própria velhice retratada por alguns como o prenúncio da morte.

Vale ressaltar também o enfrentamento da perda pela criança, que, de forma despreparada, vive a angústia do luto igualmente ao adulto que, devido a própria dificuldade em lidar com as questões da morte e do morrer, transfere à criança toda a carga emocional, incógnita, mal elaborada e silenciosa.

De todos os lutos, o mais comentado foi o luto materno, o vínculo mãe e filho retrata-se nas pesquisas de maneira peculiar. Várias delas concentraram a discussão sobre os tipos de perdas e o enfrentamento da morte pelas mães nas mais variadas circunstâncias.

O luto antecipatório também foi discutido. Ele acontece tanto para o paciente como para a família. A expectativa da perda de um ente querido pode despertar angústias, não só pela falta e a saudade, mas também pela alteração de *status* social e renda familiar.

Morte e mito, apesar de abordar uma única pesquisa trouxe a discussão para o luto coletivo, exemplificado pela morte de Ayrton Senna e as repercussões midiáticas elaboradas com este tipo de acontecimento.

Os rituais fúnebres foram tratados de maneira peculiar, mas não menos importantes por resgatarem, por meio da memória e história, as formas ritualísticas praticadas por determinadas regiões e grupos sociais. Os rituais fúnebres são de fundamental importância para a elaboração do luto. É por meio dele que se estabelece ou se conclui o ciclo de ações para com o morto, seu corpo e sua memória, alinhado ao seu tempo, sua crença e sua cultura.

A leitura e interpretação das categorias demonstrou a significativa variedade de abordagens, com características similares no que se refere à hospitalidade, considerando sua interação nos mais variados tempos e espaços das relações humanas de acordo com Camargo (2004).

Apesar das pesquisas não se reportarem diretamente ao termo hospitalidade, foco principal desta análise, as abordagens, em sua maioria, trataram de forma subjetiva a constante preocupação sobre a ausência do diálogo sobre a morte e o morrer, na contemporaneidade, nas mais variadas instâncias do convívio humano, bem como a necessidade da ajuda entre os seres humanos, inclusive nas questões relacionadas a doença, a morte e a perda.

Historicamente, também foi traçada a trajetória comportamental, emocional e cultural do homem e seu envolvimento com a morte no Ocidente, por Ariès (2013). Suas crenças, seus rituais, desde a Antiguidade, por Coulanges (2001) e, sobretudo na contemporaneidade, a negação coletiva da morte, analisada de forma criteriosa por Becker (2013).

Na análise histórica do homem, em sua relação com a morte, percebe-se a hospitalidade intrínseca no convívio social. As perdas, a doença e o luto fazem parte da vida humana e promovem manifestações solidárias entre pessoas que se amparam para cumprir rituais e compartilhar sofrimentos. Os atos de acolhimento e de suporte, vivenciados nestas situações, constituem-se simplesmente em ações e reações de hospitalidade.

O conjunto das situações analisadas por meio das categorias (auto-hospitalidade, hospitalidade familiar e hospitalidade profissional), seja na observação do homem para com sua própria morte, dos profissionais da saúde e da morte, assim como no contexto familiar, sinaliza para a necessidade de uma maior abordagem, não apenas sobre as questões relacionadas à morte, mas principalmente para com as relativas à hospitalidade dispensada àqueles que dela se aproximam para vivenciá-la sob os mais variados aspectos.

Não custa, ainda, lembrar que os estudos de hospitalidade no Brasil são recentes. Há apenas um programa de pós-graduação que adota substantivamente o conceito: o Programa de Mestrado em Hospitalidade, da Universidade Anhembi Morumbi, juntamente com o Programa em cujo contexto este trabalho está sendo realizado. Associar um novo conceito – a morte – aos estudos de hospitalidade é não apenas efetuar um novo estudo, mais do que isto, é alargar as fronteiras do tema da hospitalidade, ainda novo e relativamente pouco estudado, com um tema cuja importância diz respeito a todos os indivíduos e suas relações sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSUMPÇÃO, Evaldo. A.D'. **A Origem Mitológica de Thánatos**. São Paulo. Disponível em: <http://www.redenacionaldetanatologia.psc.br/Artigos/artigo_10.htm/>. Acesso em: 12 jan. 2015.
- ARIÈS, Philippe. **História da Morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.
- ARIÈS, Philippe. **O homem diante da morte**. São Paulo: Editora Unesp, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BECKER, Ernest. **A Negação da Morte**. Rio de Janeiro: Record, 2013.
- BEREZIN, Ruth. **Morte em ambiente hospitalar no contexto da humanização**. In: BOEGER, Marcelo. **Hotelaria Hospitalar**. (pp. 51-58). São Paulo: Manole, 2011.
- BEVENUTE, Naiara. **O Testamento Vital à luz dos princípios constitucionais**. <<http://nbenevenute.jusbrasil.com.br/artigos/156312965/o-testamento-vital-a-luz-dos-principios-constitucionais>>. Acesso em: 15 mai. 2015.
- BOWLBY, John. **Apego, separação e perda**. São Paulo, Martins Fontes, 1985.
- CAMARGO, Luiz Octavio de Lima. **Hospitalidade**. São Paulo: Aleph, 2004. – (Coleção ABC do Turismo).
- CAMPBELL, Joseph. MOYERS, Bill. **O Poder do Mito**. Rio de Janeiro: Palas Athena, 1990.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/>> Acesso em: 25 mai. 2015.
- CORRADO, Danielle. **Diário Íntimo: A Auto-Hospitalidade**. In: MONTANDON, Alain. O Livro da Hospitalidade. (p. 655-668). São Paulo: Editora Senac, 2011.
- COULANGES, F. Numa Denis, de. **A Cidade Antiga: estudos sobre o culto, o direito e as instituições da Grécia e de Roma**. Bauru: Edipro, 2001.
- DE FRANCO, Clarissa. **A Cara da Morte: os sepultadores, o imaginário fúnebre e o universo onírico**. Aparecida, São Paulo: Idéias & Letras, 2010.
- DERRIDA, Jacques. J. **Cosmopolites de tous les pays, encore un effort!** Paris: Galilée, 1997
- DURKHEIM, Émile. **O Suicídio: estudo sociológico**. Barbacena-SP: Editora Presença, 2011.
- ELIAS, N. **A Solidão dos Moribundos: seguido de “envelhecer e morrer”**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

DENCKER, Ada de Freitas Maneti. **Planejamento e gestão em turismo e hospitalidade**. São Paulo: Thonsom, 2004.

FERREIRA, Norma Sandra de Almeida. **As pesquisas denominadas “Estado da Arte”**. In: **Educação & Sociedade**. Ano XXIII, n° 79, Agosto / 2002.

FRANCO, Maria Helena Pereira. KOVÁCS. Maria Julia. CARVALHO. M. Margarida M. J. de. CARVALHO. Vicente A. de. **Vida e Morte – Laços de Existência**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2011.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de Conteúdo**. Brasília: Liber Livro Editora, 2008.

GOLDIM, José Roberto. **Suicídio Assistido**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/suicass.htm>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

GORER, Geoffrey. **Pornography of death**. Disponível em: <<http://www.romolocapitano.com/wp-content/uploads/2013/08/Gorer.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

GUATTARI, Félix. **As três ecologias**. Campinas: Papirus, 1990.

GUILLAUME, Pierre. **Hospital: Entre o Técnico e o Humano**. In: MONTANDON, Alain. O Livro da Hospitalidade. (pp. 583-595). São Paulo: Editora Senac, 2011.

GRASSI, Marie-Claire. **Transpor a Soleira**. In: MONTANDON, Alain. O Livro da Hospitalidade. (p.45). São Paulo: Editora Senac, 2011.

HENNEZEL, Marie de. **A Morte Íntima: aqueles que vão morrer nos ensinam a viver**. Aparecida, SP: Ideias e Letras, 2004.

HOWARTH, Glennys. LEAMAN, Oliver. **Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer**. Portugal: Quimera Editores e Círculo de Leitores, 2004.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e Desenvolvimento Humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

_____. **Educação para a Morte: temas e reflexões**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

_____. **Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer**. Paidéia 2008; 18(41):457-468.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a Morte e o Morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008.

_____. **Viver até dizer adeus**. São Paulo: Pensamento, 2005.

_____. **A Roda da vida**. Rio de Janeiro: Sextante, 1998.

LE GRAND-SÉBILLE, Catherine e ZONABEND, Françoise. **Morte: Hospedar os Mortos**. In: MONTANDON, Alain. **O Livro da Hospitalidade**. (p. 691-710). São Paulo: Editora Senac, 2011.

MARANHÃO, José Luiz de Souza. **O que é Morte**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

MARTON, Scarlett. **A morte como um Instante de Vida**. Disponível em: <<http://filosofiacienciaevida.uol.com.br/ESFI/Edicoes/32/artigo129564-3.asp>>. Acesso em: 25 mai. 2015.

_____. **A morte como um Instante de Vida**. Vídeo colorido / 47:17 / ano 2012. São Paulo: Produção: CPFL – CULTURA. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=A46dfe8B5Us>>. Acesso em 25 mai. 2015.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Garamond: FIOCRUZ, 2004.

MITERRAND, Françoise. **Como morrer?** In: HENNEZEL, Marie de. **A Morte Íntima aqueles que vão morrer nos ensinam a viver**. Aparecida, SP: Ideias e Letras, 2004.

PESSINI, Leo. **Distanásia – até quando prolongar a vida?** São Paulo: Edições Loyola, 2001.

_____. **Eutanásia – até quando abreviar a vida?** São Paulo: Edições Loyola, 2004.

REIS, Juliana Trombeta; NOVENBRE, Michele Coelho. **Análise da festa do peixe e da cachaça em Piracicaba**. In: Forum Internacional de Turismo de Iguassu. *Anais do Forum Internacional de Turismo de Iguassu*. Disponível em: <<http://www.anaisforumturismoiguassu.com.br/p/anais.html>>. Acesso em: 28 jan. 2015.

REJOWSKI, Mirian. **Realidade turística nas pesquisas científicas: visão de pesquisadores e profissionais**. São Paulo, 2v. Tese (Livre Docência) – Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo, 1997.

_____. **Turismo e pesquisa científica: pensamento internacional X situação brasileira**. 2. Ed. Campinas : Papyrus, 2002.

SALMAN, Samir. **Prata da Casa 6**. São Paulo: Oboré. 2013.

SCHOPENHAUER, Arthur. **Sobre a Morte – pensamentos e conclusões sobre as últimas coisas**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2013.

SPINK, Mary Jane Paris. **Representações Sociais: Questionando o Estado da Arte**. Disponível em: <<https://cristianorodriguesdotcom.files.wordpress.com/2013/06/maryjanespink.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

VERDADE, Marisa Moura. **Ecologia Mental Da Morte**. São Paulo: Casa do Psicólogo: Fapesp, 2006.

Testamento Vital na perspectiva de médicos, advogados e estudantes. Legislação. São Paulo. Disponível em: <<http://testamentovital.com.br/legislacao/>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

APÊNDICE - Fontes de pesquisa por categorias de hospitalidade

Categoria - Auto-hospitalidade

ABDUCH, Miriam. **Discursos de vida diante da morte. Estudos de mulheres portadoras de HIV/ e ou AIDS.** 1997. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

ALVES, Lúcia Helena da Silva. **O medo da morte em pacientes terminais portadores do vírus HIV e outras afecções.** 2001. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

ALVES, José Índio. **Educação e sociedade: a morte redistribuída.** 2009. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação, Universidade Luterana do Brasil, Canoas, 2009.

ALVES, Rozilda das Neves. **AIDS, identidade e morte: estudo de mulheres que vivem com HIV/AIDS.** 2002. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

ARAÚJO, Paula Vanessa Rodrigues de. **Percepção da criança sobre a morte e o morrer.** 2003. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Saúde, Fundação Universidade Federal de Sergipe, Aracajú, 2003.

BARBOSA, Alexandre Rodrigues. **Morte e renascimento do ego - uma técnica de evolução da psicologia sobre a morte e o morrer.** 1990. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 1990.

BARRETO, Maria Aparecida Santos Corrêa. **A representação da morte na criança da periferia: 'um estudo de casos'.** 2003. Tese (Doutorado) - Curso de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

BASTOS, Cláudio Roberto Fontana. **“Viver de morte, morrer de vida” o paradoxo vida-morte na perspectiva da complexidade e suas implicações na educação.** 2009. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação, Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2009.

CARDOSO, Juraciara Vieira. **Ortotanásia: o tempo certo da morte digna”. Uma análise sobre o fim da vida à luz dos direitos fundamentais.** 2008. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

CASTRO, Maria Regina Bortolini de. **A vida e a morte nas representações de violência de crianças e adolescentes.** 1998. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

CECÍLIA, Elisa de Santa. **Massa reflexos do objeto materno: do processo melancólico ao impulso suicida – as horas que separam duas mortes.** 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

COCICOV, Giovanni Vitorio Baratto. **Ortotanásia: em busca da dignidade da morte.** 2009. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

COELHO, Karla Maria Siqueira. **Cenas sobre a morte, reveladas pela criança cardiopata, por abrir o coração.** 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2012.

COIMBRA, Diógenes de Oliveira. **Suicídio meritório: reflexões acerca da morte voluntária desde um ponto de vista.** 2011. Dissertação (Mestrado) - Curso de Filosofia, Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2011.

COSTA, Débora Cristina Genezini. **Cuidados na velhice, no adoecimento e na morte: relatos e reflexões sobre a finitude como forma de investimento na vida.** 2011. Dissertação (Mestrado) - Curso de Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

CORREA, Mariele Rodrigues. **Ensaio sobre a relação do homem com a morte.** 2011. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis, 2011.

CORRÊA, Santiago Rodrigues. **Concepção, percepção e entendimento do processo da morte e do morrer em idosos institucionalizados comparados com idosos da comunidade.** 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Médicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CRUZ, Elisa Costa. **Dignidade na vida, na morte e para a doença: as diretivas antecipadas como instrumento de valorização da pessoa.** 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

DENADAI, Wilson. **A morte como símbolo de transformação.** 1990. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 1990.

FIGUEIREDO NETO, Pedro Camilo de. **Participação de terceiro na morte de outrem: relevância do consentimento.** 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

FREITAS, Joanneliese de Lucas. **Ruptura e sentido na experiência de adoecimento e morte".** 2005. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2005.

FREITAS, Paula Pereira Werneck de. **Na companhia da morte. Sobre o atendimento a pacientes renais crônicos.** 2011. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

GUZMAN, Soemis Martinez. **O mal como condição humana: a negação da morte e seus desdobramentos em Ernest Becker.** 2011. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Religião, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

LEVCOVITZ, Eliane Cotrim. **Morte do corpo e morte do eu - a interdição da morte na doença de Alzheimer.** 1999. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicanálise, Psicanálise e Saúde Mental, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

MAGALHÃES, Ariana Trindade de Oliveira. **As representações sociais da morte para professores e pais em instituições de educação infantil.** 2008. Tese (Doutorado) - Curso de Educação, Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2008.

MARTINS, Thaísa Barros Quintão. **Concepções de morte e estratégias de enfrentamento: um estudo com crianças de 06 a 10 anos com e sem experiência de perda por morte recente.** 2006. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

MARREIRO, Cecília Lobo. **O direito à morte digna: uma análise ética e legal da ortotanásia à luz do novo código brasileiro de ética médica.** 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito Constitucional, Universidade de Fortaleza, Ceará, 2012.

MESQUITA, Giselle Maranhão Sucupira. **Das dores da morte: um estudo de caso sobre a finitude.** 2006. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade de Fortaleza, Ceará, 2006.

MELO, Maria do Socorro Nascimento de. **O conceito de morte: significações de professoras dos anos iniciais do ensino fundamental.** 2008. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

NICOLLI, Aline Andreia. **Perfil conceitual de morte e a abordagem do ciclo da vida, no ensino de ciências.** 2009. Tese (Doutorado) - Curso de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

OLIVEIRA, Sandra Carolina Farias de. **O olhar do idoso sobre a finitude: um estudo sobre as representações sociais da morte em idosos de uma cidade do sertão pernambucano.** 2008. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

PALLOTTINO, Erika Rafaella da Costa Neto. **Discursos do silêncio: crianças doentes falam sobre a dor, a morte e a vida.** 2011. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

POLETTTO, Sadi. **Abordagens e enfrentamento da morte de pacientes idosos: percepções de um grupo de médicos.** 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Envelhecimento Humano, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2012.

ROAZZI, Maíra Monteiro. **Mais ou menos morto: exploração sobre a formação do conceito de morte em crianças e adultos.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Cognitiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

RODRIGUEZ, Cláudia Fernanda. **Falando de morte na escola: o que os educadores têm a dizer.** 2010. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ROSSI, Andrea Silvana. **Entre a vida e a morte: experiências de jovens com câncer.** 2002. Dissertação (Mestrado) - Curso de História, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2002.

SAMPAIO, Juliana. **AIDS, morte. Criança vida. A representação social da AIDS e suas implicações nas intervenções com crianças.** 2001. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2001.

SANTOS, Jairo Antonio dos. **Eutanásia: direito à vida ou à morte no projeto do novo código penal brasileiro.** 2002. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Universidade de Franca, Franca, 2002.

SILVA, Juriene Pereira da. **Da morte e do morrer: a escrita de si por alunos da rede estadual paulista.** 2011. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação, Universidade de São Francisco, Bragança Paulista, 2011.

SILVA, Rodrigo Passos Almeida da. **Dar vida à morte: leituras do ser-mortal.** 2011. Dissertação (Mestrado) - Curso de Filosofia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

TAKAHASHI, Renata Ferreira. **A singularidade e a sociabilidade de vivenciar a tuberculoids": a morte anunciada.** 1997. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Ciências da Saúde, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

TRINCAUS, Maria Regiane. **A morte em seu mostrar-se ao paciente oncológico em situação de metástase.** 2005. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VERDADE, Marisa Moura. **Uma noção de ecologia mental da morte para a psicologia do desenvolvimento humano: a questão da troca simbólica da alma com a morte numa instituição de apoio ao paciente com câncer.** 2003. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

WITT, Neila Seliane Pereira. **Eutanásia, vida/morte: problematizando enunciados presentes em reportagens de jornais e revistas.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

ZILBERMAN, Adriana Birmann. **A concepção da morte em adultos jovens no processo de individuação.** 2002. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2002.

Categoria - Hospitalidade Familiar

ABIB, Gilda Maria de Carvalho. **Percepção dos pais em relação à morte de seus filhos em unidade de terapia intensiva pediátrica.** 2010. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina Pediatria e Saúde da Criança, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

ALENCAR, Sandra Luzia de Souza. **A experiência do luto em situação de violência: entre duas mortes.** 2011. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

BARBOSA, Caroline Garpelli. **A família e a morte: estudo fenomenológico com adolescentes, genitores e avós.** 2010. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Bauru, 2010.

BELLAGUARDA, Maria Lígia dos Reis. **Vida morrida, morte vivida: uma abordagem do cuidado transdimensional no domicílio.** 2002. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

CORBELINI, Silvana. **O luto de mães de mortes trágicas.** 2001. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

COSTA, Ana Cristina Lima da. **A morte e a educação: saberes do ritual de encomendação das almas na Amazônia.** 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação, Universidade do Estado do Pará, Belém, 2012.

DALBOSCO, Carla. **Ressonâncias da morte violenta de adolescentes e jovens: estudo teórico clínico de famílias em sofrimento.** 2006. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2006.

DOMINGOS, Basílio. **Vivências de morte e luto em escolares de 13 a 18 anos.** 2000. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ELIAS, Agatha Pandolfi. **O que a morte não destruiu daquele que partiu: a construção de significados no processo de luto materno.** 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

FONSECA, José Paulo da. **Luto participativo: as experiências familiares diante de uma morte anunciada.** 2001. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

FRANCO, Luciana Mazorra Santos e Mello. **A construção de significados atribuídos à morte de um ente querido e o processo de luto.** 2009. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

- GONÇALVES, Sandra Maria Lúcia Pereira. **Mito e morte. Da modernidade à condição pós-moderna.** 1996. Dissertação (Mestrado) - Curso de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.
- GONZAGA, Ludymilla Zacarias Martins. **Mortes anunciadas: implicações para o luto dos cuidadores familiares.** 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2012.
- GUARNIERI, Maria Cristina Mariante. **Morte no corpo, vida no espírito: o processo de luto na prática espírita da psicografia.** 2001. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Religião, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.
- HISPAGNOL, Isabela Garcia Rosa. **O luto infantil e a construção de significados familiares frente à morte de um ente querido.** 2011. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.
- HOROCHOVSKI, Marisete Teresinha Hoffmann. **Memória de morte e outras memórias (lembranças de velhos).** 2008. Tese (Doutorado) - Curso de Sociologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.
- JACINTO, Ana Carolina. **A morte de um filho em circunstância violenta: compreendendo a vivência da mãe.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.
- LIMA, Vanessa Rodrigues de. **Morte na família: um estudo exploratório acerca da comunicação à criança.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- MIGLIORINI, Rogério Costa. **Os corpos mortos e vivos: as cerimônias mortuárias e as representações da morte entre católicos brasileiros.** 2009. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Religião, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo, 2009.
- MAZER, Sheila Maria. **Impacto da morte de crianças com câncer no ambiente hospitalar: vivência de mães de crianças companheiras de tratamento.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- MOTA, Monica Maria de Angelis. **O luto em adolescentes pela morte do pai: rico e prevenção para a saúde mental.** 2008. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- MOURA, Cristina Marcos de. **Uma avaliação da vivência do luto conforme o modo de morte.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2007.
- PY, Ligia Auxiliadora de Oliveira. **Velhice nos arredores da morte: investigação da interdependência construída na relação entre sujeitos idosos com esclerose lateral amiotrófica e seus familiares.** 2002. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

ROCHA, Cristiane Gonçalves da. **Sobre as mortes de todos os dias: uma experiência de acompanhamento em UTI neonatal.** 2010. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2010.

SANTOS, Luciana Mazorra. **A criança e o luto: vivências fantásticas diante da morte do genitor.** 2001. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVA, Cátia Andrade. **O significado da morte de um amigo-companheiro na instituição asilar: história oral de idosos.** 2004. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

Categoria - Hospitalidade Profissional

ABRANCHES, Cecy Dunshee de. **Cuidando de quem cuida: estudos das situações vivenciadas pelos profissionais de saúde, no lidar com doença crônica e iminência de morte em um hospital pediátrico terciário.** 1998. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, São Paulo, 1998.

ALMEIDA, Samira Maria Oliveira. **Vivências dos enfermeiros acerca da morte em crianças oncológicas.** 2011. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Fundação Universidade de Pernambuco, Recife, 2011.

ANDREIS, Monica. **Morte e prática médica - ensaio reflexivo sobre o discurso de cardiologistas.** 1995. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

AZEVEDO, Nara Selaimen Gaertner de. **Acadêmico de medicina frente à morte: questões para se (re) pensar a formação.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Médicas: Pediatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

BENINCA, Ciomara Ribeiro Silva. **Apoio psicológico a enfermagem diante da morte: estudo fenomenológico.** 2002. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

BERTOLETTI, Adriana. **Educando futuros técnicos de enfermagem diante do fenômeno morte.** 2006. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2006.

BRONDI, Maria Lúcia. **O tema da morte enquanto possibilidade de acesso à dimensão existencial do educando.** 1997. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

CÂMARA, Claudia Millena Coutinho da. **O agente funerário e a morte: o cuidado presente diante da vida ausente.** 2011. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

- CAMPOS, Christine de Medeiros Francilaide. **O oncologista clínico diante da morte: implicações para a produção do cuidado.** 2011. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.
- CANO, Débora Staub. **O profissional que está no fim entre a vida e a morte: vivências, concepções e estratégias de enfrentamento psicológico entre médicos oncologistas.** 2008. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.
- CARVALHO, Francisca Patricia Barreto de. **A morte na concepção de estudantes de enfermagem.** 2009. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.
- CARVALHO, Simone Cardoso Passos de. **Dilemas morais no cotidiano da enfermagem: relação do profissional com as famílias do paciente em morte encefálica.** 2006. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.
- CASTRO, Deborah Azenha de. **Uma reflexão bioética diante das dificuldades e limitações do médico no processo de morte de seu paciente.** 2008. Dissertação (Mestrado) - Curso de Bioética, Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2008.
- CEZARIO, Edenise Piccoli. **A visão da morte e do morrer dos profissionais da saúde de um hospital universitário terciário e quaternário de São Paulo.** 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Médicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- CHRISTOFOLETTI, Flávia Cestaro. **Educação para morte com idosos: uma visão naturológica sobre o profissional.** 2011. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.
- COELHO, Marilda de Oliveira. **Relação médico - paciente e a morte.** 2001 Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.
- COSTA, Josemary Karlla Chaves da. **A equipe de saúde em uma UTI geral/adulto: a experiência de cuidar da vida e da morte.** 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2012.
- DAVID, Rosana. **A vulnerabilidade ao adoecimento e morte por AIDS em usuários de um serviço ambulatorial especializado em DST/AIDS do município de São Paulo.** 2002. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- FARIA, Daniella Antunes Pousa. **Morte como desafio afetivo para os profissionais de saúde: ansiedade e sentimentos de quem lida com o paciente terminal com câncer.** 2008. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.
- FAUSTINO, Cláudio Roberto. **Direito à morte digna.** 2008. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

- FEREIRA, Bruna Santos. **A morte e o morrer numa unidade de terapia intensiva pediátrica: os desafios para cuidar em enfermagem na finitude da vida.** 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.
- FIDELIS, Wânia Maria Zangirolamo. **A morte e o morrer nas representações sociais dos alunos de curso de ensino médio de enfermagem.** 1992. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.
- FIGUEIREDO, Rosely Moralez. **A enfermagem diante do paciente com AIDS e a morte.** 1994. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Mental, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.
- FLAUZINO, Jeronimo Candido. **O que acontece no encontro do médico com a morte do seu paciente.** 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- FLORIANI, Ciro Augusto. **Moderno movimento hospice: fundamentos, crenças e contradições na busca da boa morte.** 2009. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, São Paulo, 2009.
- FRANCO, Clarissa de. **A cara da morte: imaginário fúnebre no relato de sepultadores de São Paulo.** 2008. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Religião, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.
- FRANÇA, Maria Dulce de. **Reações de profissionais de saúde diante do risco de morte em crianças. Florianópolis.** 2005. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- FREITAS, Antônio de Pádua Passos de. **Morte, ainda excluída do ensino médico?** 2005. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação em Ciências e Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- GEOFFROY, Nora Maria M Guimarães. **Entre quatro paredes, a vida e a morte: o ambiente hospitalar.** 1993. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.
- GIANINI, Marcelo Marcio Siqueira. **Relações entre educação e saúde formação continuada para o enfrentamento da situação de morte por profissionais de enfermagem 2012.** 2012. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia da Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.
- GONÇALVES, José Pedro Rodrigues. **A morte na unidade de terapia intensiva: um estudo de caso.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Curso de Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- GUERRA, Débora Rodrigues. **As representações sociais da morte e do processo de morrer para profissionais que trabalham em unidade de terapia intensiva – UTI.** 2005. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

GUILHERMINO, Adriane Baião. **O médico e a morte: a escola prepara o estudante de medicina para lidar com a morte.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Curso de Bioética, Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2007.

GUIMARÃES, Argelda Maria Cortes. **Vivenciando o preparo do corpo após a morte: o cuidar da enfermagem.** 2009. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Guarulhos, Guarulhos, 2009.

GURGEL, Wildoberto Batista. **Direitos sociais dos moribundos: controle social e expropriação da morte nas sociedades capitalistas.** 2008. Tese (Doutorado) - Curso de Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2008.

HADDAD, Daniele Rezende Silva. **A morte e o processo de morrer de crianças em terapia intensiva pediátrica: vivência do enfermeiro.** 2006. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

HERINGER, Cristina Freitas. **Grupos centrados na tarefa de dialogar sobre a morte e o morrer: sobre seus significados.** 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2012.

HOFFMANN, Leandro M.A.. **Os médicos e a morte na infância: a representação de um tema interdito.** 1991. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde da Mulher e da Criança, Fundação Oswaldo Cruz, São Paulo, 1991.

IHA, Vera Lucia. **O cuidado na morte: as concepções da equipe da hospedaria de cuidados paliativos do hospital do servidor público municipal - HSPM.** 2011. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

KOHLER, Isabel Cristina Carstens. **O cotidiano dos funcionários de um instituto médico legal frente à morte: uma leitura a partir da bioética personalista.** 2009. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Odontológicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

KOVACS, Maria Julia. **A questão da morte e a formação do psicólogo.** 1989. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

LESSA, Claudia Maria Ramos. **Os trabalhadores da morte.** 1992. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1992.

LIMA, Daniele Martins de. **Enfrentamento de situações de morte e morrer: percepção de médicos e enfermeiros sobre seu preparo.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências da Saúde, Fundação Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2007.

LIMA, Guiomar Dutra. **Ideias de vida e de morte e o imaginário de auxiliares de enfermagem de uma instituição de longa permanência para idosos – ILPI - do DF.** 2009. Dissertação (Mestrado) - Curso de Gerontologia, Universidade Católica de Brasília, Distrito Federal, 2009.

LIMA, Isabela Andrade de. **“Pela hora da morte”**: estudo sobre o empresariar da morte e do morrer uma etnografia no grupo parque das flores, em alagoas. 2009. Tese (Doutorado) - Curso de Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

LOPES, Anne Caroline Nava. **Concepções médicas de morte e estatização do morrer**. 2010. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Sociais, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2010.

MACEDO, Juliana Lopes de. **A subversão da morte: um estudo antropológico sobre as concepções de morte encefálica entre médicos**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Curso de Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

MAGALHÃES, Suzane Bandeira de. **Experiência de profissionais e familiares diante da morte de pacientes com câncer em cuidados paliativos**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Curso de Família na Sociedade Contemporânea, Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2009.

MARINELLI, Melânia Bier Barbosa. **A busca de vida e as intrusões da morte: refletindo sobre os depoimentos de educadores da casa vida**. 2001. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

MARINHO, Suely Oliveira. **Sociedade contemporânea e cuidados paliativos: a morte e o morrer no campo da saúde**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

_____. **Cuidados paliativos e práticas de saúde: um estudo sobre a gestão da morte na sociedade contemporânea**. 2010. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MARINO JUNIOR, Raul. **Avaliação de métodos confirmatórios e complementares no diagnóstico da morte encefálica**. 2007. Dissertação (Mestrado) - Curso de Bioética, Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2007.

MARTINS, Haimée Emirich Lentz. **A bioética da vida cotidiana como caminho para a compreensão da morte materna**. 2002. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MARTINS, Rodrigo Moreira. **A questão da morte na prática pedagógica de formadores religiosos**. 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2012.

MELO JUNIOR, Ivaldo Menezes de. **“Espera por um milagre”**: os médicos diante da morte encefálica de pacientes adultos jovens. 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências das Religiões, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte: uma investigação sócio antropológica sobre cuidados paliativos**. 2004. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

MENDONÇA, Anna Valeska Procópio de Moura. **Cuidados paliativos e ser-para-a-morte: reflexões sobre um atendimento psicológico.** 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2012.

MORAES, Cleber Jose Alo de. **Narrativas de uma equipe de enfermagem diante da iminência da morte.** 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2012.

OLIVEIRA, João Batista Alves de. **O idoso coloca a morte em cena: reflexões sobre a prática médica sob a perspectiva da reumanização da morte nos cuidados paliativos.** 2006. Dissertação (Mestrado) - Curso de Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

PAVÃO, Suelene Leite. **O imaginário dos trabalhadores da morte.** 2002. Dissertação (Mestrado) - Curso de Sociologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2002.

PESCAROLO, Joyce Kelly. **Morte, racionalização e contágio moral: um estudo sobre o IML de Curitiba.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Curso de Sociologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

PESSOA, Renata de Lima. **O estudo da morte na formação do enfermeiro: percepção de estudantes.** 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2012.

POLES, Katia. **Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermagem na UTI pediátrica.** 2003. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

_____. **O desenvolvimento do conceito de morte digna na UTI pediátrica.** 2008. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

QUIRINO, Gina Gomes. **O médico diante da morte na urgência e emergência: reflexões sobre o 'ser' médico.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

RODRIGUES, Andrea Bezerra. **Emoções e representações emergentes da experiência do olhar sobre a morte.** 2001. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

RODRIGUES, Renata Pereira. **Morte e luto: vivências de profissionais da saúde de uma unidade de transplante de células-tronco hematopoéticas de um hospital oncológico.** 2011. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem Psiquiátrica, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

SALGADO, Ana Cristina Soeiro. **Um dizer que fala de vida e morte: revelações e silêncios na comunicação sobre o diagnóstico do câncer.** 2008. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Sociais, Universidade Federal do Pará, Belém, 2008.

SANCHES, Patrícia Gisele. **Convivendo com a morte e o morrer: o ser- enfermeiro em unidade de terapia intensiva.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

SILVA, Geórgia Sibeles Nogueira da. **A construção do "ser médico" e a morte : significados e implicações para a humanização do cuidado.** 2007. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina (medicina Preventiva), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SILVA, Laureana Cartaxo Salgado Pereira da. **Sentimentos de profissionais de enfermagem diante da morte de recém-nascido em uma unidade de terapia intensiva.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

SILVA, Letícia Andrade da. **Desvelos: trajetórias no limiar da vida e da morte: cuidados paliativos na assistência domiciliar.** 2007. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

SILVA, Roberto Carlos Lyra da. **O imaginário de enfermeiros quando cuidam na fronteira vida-morte: um estudo sociopoético.** 2001. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

SILVA, Rudval Souza da. **O cuidar/cuidado para uma boa morte: significados para uma equipe de enfermagem intensivista.** 2010. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

SOAR, Elisa Gomes Vieira. **A experiência da amizade na vida profissional: as relações intersubjetivas frente à dor e à morte em uma equipe de cuidados paliativos.** 2009. Tese (Doutorado) - Curso de Interdisciplinar em Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

SOUZA, Kelly Christiane Silva de. **Uma ação pedagógica entre a vida e a morte: o caso da escolaridade emergencial das crianças do hospital do câncer em Manaus-AM.** 2003. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2003.

STEFANONI, Denise Combinato. **A concepção de morte e a atuação de profissionais da saúde em unidade de terapia intensiva: implicações educacionais.** 2003. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2003.

SUSKI, Liana Maria Feix. **Morte digna a partir dos princípios da dignidade da pessoa humana e da autonomia da vontade: um direito do cidadão.** 2012. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Santiago, 2012.

TEODOROWIC, Maria. **Câncer - AIDS um estudo psicanalítico de evolução para a morte e para a vida.** 2003. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2003.

TOME, Luciana Yoshie. **A morte em situações de urgência e emergência: a dimensão cuidadora dos profissionais de enfermagem.** 2010. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2010.

TRUGILHO, Sílvia Moreira. **O ser sendo diante da morte: um estudo sobre a experiência de enfrentamento da morte por profissionais de saúde e suas aprendizagens.** 2008. Tese (Doutorado) - Curso de Educação, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.

WERBERICH, Juliana. **Aspectos sociojurídicos sobre a dignidade humana no processo de morte.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2007.

ZORZO, Juliana Cardeal da Costa. **O processo de morte e morrer da criança/adolescente: vivências dos profissionais de enfermagem.** 2004. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.