

Morte, luto e gênero : a questão de gênero do profissional de saúde e do paciente frente às vivências do luto e da morte.

Vania Lucia Fonseca de Miranda Camanzi

Psicóloga

Introdução

A morte faz parte da estrutura da vida. Quando somos concebidos e nascemos, já começamos a morrer. Morremos e renascemos um pouco a cada dia, a cada nova etapa da nossa vida. Desta forma, não vivemos para morrer; morremos para viver mais.

Vida e morte não são opostos, são complementares.

A antropologia considera como pontos fortes da existência o nascimento, a procriação, a maturidade e a morte. Do ponto de vista existencial, a finitude do corpo e a possibilidade da finitude do “espírito” polarizam as reflexões.

O fato de sermos “existentes” implica o enfrentamento das categorias de tempo e espaço, enquanto topologia e temporalidade mental e física. A morte é a separação do tempo e da eternidade; é o fim das amarras. A dimensão espiritual é vista como inerente ao ser humano, enquanto a existência precisa de dimensões que lhe dêem contorno físico e social. A finitude, então, se dá quando ocorre a morte física e social.

Apesar de estar na agenda de cada ser vivo, de ser um processo natural, a morte sempre foi temida pelo homem e, por mais que a ciência avance, o medo e a negação da morte continuam acontecendo. Para Durand (1997), a função do imaginário é erguer uma barreira contra a finitude, o tempo e a morte. Para Klüber-Ross (2000), isso se explica, do ponto de vista psiquiátrico, pelo fato do nosso inconsciente não conseguir imaginar a própria morte e *“se a vida tiver um fim, este será sempre atribuído a uma intervenção maligna fora do nosso alcance”*. (pág. 6).

O pensamento é livre, está aonde quer e independe do tempo e do espaço. Assim sendo, a morte poderia ser um supremo ato de liberdade, se acolhida por nós. O problema é que não sabemos aonde podemos chegar. Na verdade, não tememos a morte, tememos o desconhecido: o que será de mim, quando eu não mais Ser? Como será o não Ser? O que fica de mim quando eu não ficar? São questões assim que atormentam a nossa existência.

O homem de antes era ancorado pela religiosidade. Havia um maior número de pessoas que acreditava incondicionalmente em Deus; acreditava-se no paraíso, onde se reencontrariam com seus

entes queridos já falecidos e viveriam eternamente, sem dores ou sofrimentos. Isso os confortava e fazia diminuir o medo, por se sentirem seguros e protegidos por Deus. O mesmo nem sempre ocorre hoje em dia.

Antigamente, as manifestações do luto eram espontâneas e a dor exaltada. Com a ritualização do luto no final da Idade Média, foi imposto à família um período de reclusão para esta pudesse superar a dor da perda e, ainda, para que o morto não fosse esquecido. Com o tempo, isso foi mudando e a reclusão passou a ser voluntária. Tornou-se um direito da família para vivenciar o seu luto. O século XIX foi um período de exaltação da dor, com manifestação dramática e mitologia fúnebre. No século XX, porém, ocorreu a negação do luto. Segundo Gorer (1965), a morte substituiu o sexo, tornando-se o principal interdito do mundo moderno.

“Antigamente, se dizia às crianças que elas haviam nascido dentro de um repolho, mas assistiam à grande cena da despedida no quarto e na cabeceira do moribundo. Entretanto, a partir da segunda metade do século XIX, esta presença provocava mal-estar... Hoje, as crianças são iniciadas, desde a mais tenra idade, na fisiologia do amor e do nascimento; no entanto, quando não vêem mais o avô e perguntam por que, respondem-lhes, na França, que este viajou para muito longe, e, na Inglaterra, que descansa num lindo jardim onde crescem as madressilvas. Já não são as crianças que nascem dentro de repolhos, mas os mortos que desaparecem por entre as flores.” (Ariès, 2003 – pág. 259, 260).

A morte tornou-se um tabu. Deixou de ser aceita como uma transição necessária e passou a ser vista como algo a ser temido. Deixou a casa, lugar dos hábitos da vida quotidiana, para ocupar os hospitais, lugar da razão e da técnica. Com o passar do tempo, o doente foi ficando privado da sua liberdade e do seu direito de saber sobre sua morte, a fim de prepará-la e organizá-la. Tornou-se aquele que não deve saber. *“Antigamente, a morte era uma tragédia – muitas vezes cômica – na qual se representava o papel “daquele que vai morrer”. Hoje, a morte é uma comédia – muitas vezes dramática – onde se representa o papel “daquele que não sabe que vai morrer”* (Ariès, 2003 – pág. 238).

Mas, não foi somente o envolvimento da família que mudou a maneira de ver e “viver” a morte. A partir da metade do século XIX, com a evolução da medicina, a morte foi substituída pela doença. Ficou cada vez mais difícil saber se uma doença pode ou não levar uma pessoa à morte, já que existem tantos recursos para a cura ou o prolongamento da vida. Com tanta evolução científica, os médicos acabaram acreditando ter o domínio sobre a vida e a morte das pessoas. Muitas vezes, impõem aos pacientes gravemente enfermos, fora de possibilidade de cura, tratamentos “desnecessários” (já que não produzirão cura da doença e, sim, sofrimento), ao invés de,

simplesmente, cuidar da dor para que eles possam viver um pouco melhor seus últimos dias de vida. Nestes casos, geralmente, o paciente é tratado como alguém sem direito a opinar. Muitas vezes, ele nem sabe da sua verdadeira situação. Desde que é hospitalizado, ele sofre o processo de despersonalização, com a perda da autonomia e do poder de decisão. E aí está o maior problema: o paciente deixa de ser o verdadeiro dono de sua vida, para se tornar um ser submisso, passivo, sem direito a expressar seus sentimentos, seus medos, sua dor.

Em *Morte e Desenvolvimento Humano* (1992), Kovács fala sobre os profissionais de saúde diante da morte. A morte faz parte do cotidiano destes profissionais, tanto direta quanto indiretamente. Porém, a tendência deles é deixar de fora os sentimentos para enfatizar a objetividade científica, tornando a morte uma questão intelectual. Kovács cita a pesquisa de Feifel (1967) com médicos, estudantes de medicina, pacientes e indivíduos sadios. Ele verificou que “*os médicos têm um medo maior da morte e que estes poderiam estar buscando em sua profissão, uma forma de controle sobre ela*” (pág. 235). Não sendo este controle possível, acabam por se afastarem daquele paciente grave, deixando, muitas vezes, de dar a ele a devida atenção e cuidado. Isso pode acontecer, talvez, devido a sua incapacidade de lidar com a própria finitude e, principalmente, devido à impossibilidade de manifestar suas emoções quando se depara com um paciente que está morrendo.

Outros autores que também se referem às emoções de médicos e enfermeiras são Glaser e Strauss (1965). Segundo estes autores, os profissionais de saúde não falam com os pacientes sobre sua morte eminente pelo fato destes, através da manifestação do seu sofrimento, provocarem neles uma grande tensão emocional, perturbando a serenidade do hospital. O medo seria, então, o de serem absorvidos pelas emoções do paciente, o que poderia resultar numa perda do autocontrole devido ao contato com suas próprias emoções.

Um contato maior com o paciente pode gerar vínculo afetivo. E o fato de adquirir vínculo afetivo, pode levar a vivenciar a perda quando esta acontecer (Bowlby, 1990). Porém, evitar o vínculo para evitar a perda, é o mesmo que desistir da vida por medo de morrer. A qualidade da relação estabelecida pode ser positiva tanto para o doente, que se sentirá apoiado e bem cuidado, quanto para o médico, que poderá sentir-se mais completo. Para tanto, ele precisa cuidar adequadamente das suas próprias questões emocionais.

Saber que a morte é inevitável não tira de nós a dor deste momento. Os profissionais de saúde precisam aprender a cuidar dos aspectos emocionais, além dos cuidados físicos. O paciente precisa, além da verdade sobre seu próprio corpo, de um suporte profissional adequado para poder se sentir acolhido e seguro para enfrentar com dignidade o seu fim.

Isso é confirmado por Carvalho (2003), em sua tese de doutorado, onde enfatiza a relação entre o profissional de saúde e o paciente no processo de morrer. *“A doença é a experiência da fragilidade que provoca, na situação da finitude, a consciência aguda da mortalidade. É uma situação complexa porque ultrapassa o limite simplesmente biológico da intervenção médica e de enfermagem, configurando-se na relação dos profissionais de saúde com o paciente numa dimensão mais profunda e delicada do que a relação puramente terapêutica”*. (pág. 135).

Morte, Luto e Gênero

Falando de emoções e introduzindo a questão de gênero do profissional de saúde e do paciente frente às vivências do luto e da morte, surge a questão: quem lida melhor com estas vivências, homens ou mulheres?

A categoria gênero enfoca o processo de construção sócio-cultural da feminilidade e da masculinidade em diferentes sociedades, constituindo uma importante dimensão da identidade social, ou seja, de que modo homens e mulheres, desde o nascimento, são incluídos ou excluídos das relações sociais (Bourdieu, 1999). Conseqüentemente, para entendermos como uma sociedade se comporta sobre determinado assunto, precisamos considerar o gênero das pessoas envolvidas. Devemos lembrar que a socialização de homens e mulheres é feita de maneira diferente, onde cada um tem normas de gênero a seguir. Assim sendo, é importante evidenciar as diferenças existentes devido à classe social, raça e etnia, orientação sexual, entre outras variáveis, que tornam homens e mulheres diferentes e desiguais entre si. A socialização dos homens é direcionada para um estilo de vida em que o risco não é visto como algo a ser evitado e prevenido, mas enfrentado e superado.

Em sua dissertação de mestrado sobre Câncer e Gênero, Gianini (2004) concluiu que para os homens, o cuidado consigo e com o outro são, em nossa sociedade, valores associados ao feminino. Eles não se importam em procurar os serviços de saúde para cuidarem de si, e isso talvez explique a ausência de tratamento preventivo entre os homens, que acabam procurando o médico apenas quando já apresentam os sintomas da doença. Ele também percebeu em sua pesquisa, que os homens têm mais dificuldade em reconhecer e expressar seus sentimentos quando descobrem sua doença e, ainda, de lidar sozinhos com suas limitações físicas. O padrão de autocuidado entre homens e mulheres também é diferente. As mulheres são mais atentas às mudanças ocorridas no corpo, percebendo mais rapidamente as alterações físicas e emocionais sofridas pela doença. Elas fazem regularmente os exames preventivos e, também, são mais dispostas a checar suas dúvidas com o profissional de saúde. A maior preocupação das mulheres parece ter sido a possibilidade de não

poder exercer o seu papel de cuidadora, ao passo que o maior medo dos homens foi o de perder o papel de provedor da família.

Na prática, percebemos que a mulher tende a permanecer ao lado do companheiro, como cuidadora, até o fim. A tendência do homem, por sua vez, é abandonar a parceira por não dar conta de acompanhar o seu sofrimento. Esse abandono não significa, necessariamente, sua saída de casa. Ele pode estar presente na falta de carinho, na falta de diálogo, na falta de cuidado. Muitas vezes, ocorre a contratação de um profissional de saúde (geralmente, mulher) para cuidar da esposa doente.

Com relação às vivências do luto e da morte, estudos de gênero praticamente não existem. Na História da Morte no Ocidente, Ariès relata que, no Antigo Regime, a ausência das mulheres nos rituais de morte era incontestável. Foi somente a partir do século XIX que se observou a liberação da presença das mulheres nos serviços fúnebres, o que era proibido antigamente. Nestes serviços, cabe à mulher cuidar do morto (maquiagem, flores, vestimentas) além de ser a figura mais próxima da família, com o papel de consolar. Quanto ao homem, geralmente, fica responsável pela parte burocrática e de transporte.

Nos ambientes hospitalares, a mulher não só vem participando de tudo, como se tornou uma presença importante e, em alguns casos, já percebemos uma maioria feminina. É o caso da UTI neonatal e da enfermagem. Esta, além de desempenhar o papel de cuidadora, ajudando o doente a fazer aquilo que não consegue sozinho, ocupa, muitas vezes, o papel de confidente. No trato com pessoas portadoras de doenças crônicas, como o câncer, e pacientes terminais, também percebemos o predomínio da figura da mulher como cuidadora.

Em 1986 foi criada e oferecida por Kovács, através do Instituto de Psicologia da USP, a disciplina Psicologia da Morte. Dentre os estudantes que optaram por fazer o curso, 80% deles eram do sexo feminino e 20% do sexo masculino. Esta parece ser, também, uma amostra representativa do curso de Psicologia de uma forma geral (Kovács, 1992). Nos Congressos e Seminários que participo relacionados com o tema “morte”, também percebo a maioria feminina. Isso mostra que existe, por parte das mulheres, uma disposição maior para se preparar e para cuidar dos doentes em geral, especialmente aqueles em fase terminal.

Há dois anos atrás, tive a oportunidade de acompanhar minha mãe durante sua internação hospitalar, que durou mais de dois meses. Percebia que sua relação com as enfermeiras e fisioterapeutas era muito mais intensa, muito mais calorosa do que com os do sexo masculino. Elas sempre conversam, davam uma palavra de apoio e, principalmente, ouviam o que minha mãe tinha a dizer. Não que os homens fossem mal educados. Pelo contrário, a tratavam muito bem. Porém, eram mais “secos”, mais técnicos. Não se envolviam. Entravam, faziam seu trabalho e iam embora.

Um caso, que também me envolveu muito, foi o de uma paciente que teve um parto prematuro. O bebê, uma menina de 6 meses, após se submeter a uma cirurgia que poderia salvá-la, infelizmente não resistiu e foi a óbito. Antes, porém, da sua morte, a médica que já havia feito a reanimação por duas vezes, chamou os pais e perguntou se não queriam estar com a filha nos seus últimos momentos. Pela sua experiência clínica, ela percebeu que a criança não sobreviveria e, devido a sua sensibilidade, deu àqueles pais a oportunidade de se despedirem da filha. Foi uma atitude bastante humana que influenciou positivamente a vida dessa família. Aqueles preciosos minutos representaram para a mãe a concretização da maternidade e a possibilidade de se despedir, ainda que tenha recebido da filha apenas um olhar... Segundo ela, *“foi como se minha filha estivesse entendendo o que eu dizia”*, e *“foi por causa daquele momento proporcionado pela atitude daquela médica, que eu consegui elaborar melhor o meu luto”*.

Por que a médica agiu daquela forma? Um homem teria feito a mesma coisa? Baseada na informação recebida de diversos colegas médicos, a resposta é não. A tendência do homem é continuar tentando até o fim, mesmo sabendo que não existe nenhuma chance de sucesso.

Pela sua natureza, o homem é mais objetivo e, às vezes, até sem limite na luta contra a morte, o que dificulta a sua aceitação quando perde. Já a mulher, se preocupa mais com a condição de vida do paciente além da patologia e, para tanto, usa de sua sensibilidade para perceber melhor as necessidades do paciente, conseguindo, assim, oferecer-lhe um melhor apoio. A sua maior capacidade de lidar com as emoções, aliada ao fato de ser uma cuidadora nata, já que é dela a função de gerar e cuidar de um filho, indicam que a mulher é mais adequada para lidar com as questões da morte e do morrer.

Conversando com um colega médico, plantonista de um Pronto Socorro, ele me disse que sua prática mudou bastante depois de ser pai. Quando atende uma criança, ele se coloca no lugar dos pais e deixa, naquele momento, que o coração se manifeste. Isso não afeta o seu lado técnico. Pelo contrário, ele se torna mais completo, com idéias e sentimentos. Na prática, surge um profissional melhor e mais disposto a dar aos familiares um pouco mais de atenção, além das informações necessárias.

Tais fatos sugerem que existem, sim, diferenças de gênero no “fazer” do profissional de saúde e que a maternidade / paternidade, também, parece influenciar neste comportamento.

Homens e mulheres são diferentes física e psicologicamente e é natural que se comportem de maneira diferente diante da vida e da morte, tanto em sua vivência, quanto em sua prática profissional.

Referência bibliográfica:

ARIÈS, P.. Tradução: Priscila Viana de Siqueira. **A História da Morte no Ocidente**. Rio de Janeiro, Ediouro, 2003.

BOURDIEU, P. **A Dominação Masculina**. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1999.

BOWLBY, J.. **Formação e Rompimentos dos Laços Afetivos**. São Paulo, Martins Fontes, 1990.

CARVALHO, M. V. B.. **O cuidar no processo de morrer na percepção das mulheres com câncer. Uma atitude fenomenológica**. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, sob orientação da Prof^ª Dr^ª Miriam Aparecida Barbosa Merighi, 2003.

DURAND, G.. **As Estruturas Antropológicas do Imaginário**. São Paulo, Martins Fontes, 1997.

GIANINI, M. M. S.. **Câncer e Gênero: enfrentamento da doença**. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação da Dr^ª Maria Helena Pereira Franco, 2004.

GLASER, B. G. e STRAUSS, A. L.. **Awareness of dying**. Chicago, Aldine, 1965.

GORER, G.. **Death, grief and mourning in contemporary Britain**. Nova York, Doubleday, 1965.

KOVÁCS, M.J. Coordenadora. **Morte e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1992.

KLÜBLER-ROSS, E.. **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo, Martins Fontes, 2000.