

A medicalização da morte e os cuidados paliativos

Medicalization of death and palliative care

La medicalización de la muerte y los cuidados paliativos

Alessandra Zanei Borsatto^I; Ana Dulce Santana dos Santos^{II}; Jane Márcia Progianti^{III}; Octavio Muniz da Costa Vargens^{IV}

RESUMO

Objetivo: refletir sobre o processo histórico da medicalização da morte e como os cuidados paliativos podem modificar esse cenário. **Conteúdo:** o ponto de partida é a discussão de como ocorreu, ao longo dos séculos, o processo de medicalização da sociedade e da morte. É analisada a proposta dos cuidados paliativos, destacando como essa abordagem pode promover a desmedicalização do processo de morte. **Conclusão:** a medicalização da morte é um processo que se consolidou ao longo dos séculos, ganhando força através do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde. Por outro lado, a proposta dos cuidados paliativos se apresenta como uma possibilidade de mudança de paradigma na convivência com uma doença ameaçadora da vida e frente ao processo de morte, uma vez que seu propósito é melhorar a qualidade de vida do indivíduo de acordo com as suas prioridades, valorizando a sua autonomia. O cuidado paliativo pode ser promotor da desmedicalização da morte.

Descritores: Medicalização; cuidados paliativos; morte; enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to reflect on the historical process of the medicalization of death, and on how palliative care can modify this scenario. **Content:** the starting point was the discussion of how the process of medicalization of society and death has occurred over the centuries, then to examine the palliative care proposal, and discuss how this approach can promote the de-medicalization of dying. **Conclusion:** the medicalization of death, a process that has become established over the centuries, gained strength through the hospital-centered model of health care. On the other hand, the palliative care proposal offers the possibility of a paradigm shift towards coexisting with life-threatening diseases and the process of dying, because its aim is to improve individuals' quality of life according to their own priorities by favoring their autonomy. Palliative care can thus promote the de-medicalization of death.

Descriptors: Medicalization; palliative care; death; nursing.

RESUMEN

Objetivo: reflexionar sobre el proceso histórico de la medicalización de la muerte y cómo los cuidados paliativos pueden modificar ese escenario. **Contenido:** el punto de partida es la discusión de cómo ocurrió, a lo largo de los siglos, el proceso de medicalización de la sociedad y de la muerte. Se analiza la propuesta de los cuidados paliativos, poniendo en relieve cómo ese enfoque puede promover la desmedicalización del proceso de muerte. **Conclusión:** la medicalización de la muerte es un proceso que se ha consolidado a lo largo de los siglos, ganando fuerza a través del modelo hospitalocéntrico de atención a la salud. Por otro lado, la propuesta de los cuidados paliativos se presenta como una posibilidad de cambio de paradigma en la convivencia con una enfermedad amenazadora de la vida y ante el proceso de muerte, una vez que su objetivo es mejorar la calidad de vida del individuo de acuerdo con sus prioridades, valorando su autonomía. El cuidado paliativo puede ser promotor de la desmedicalización de la muerte.

Descriptor: Medicalización; cuidados paliativos; muerte; enfermería.

INTRODUÇÃO

O termo medicalização surgiu no final da década de 1960 no campo da sociologia da saúde para se referir à apropriação dos modos de vida do ser humano pela medicina¹. Trata-se de um processo no qual o indivíduo e a sociedade são manejados, em todas as suas dimensões, por esta disciplina². Há relatos de que a medicalização da sociedade já ocorria mais sutilmente desde o século XVIII quando do desenvolvimento da economia capitalista, tendo se intensificado a partir do século XX, especialmente a partir da criação dos hospitais que contribuíram para o desenvolvimento da cultura medicalizada³.

^IEnfermeira Oncologista. Mestranda em Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: alessandraboratto@gmail.com

^{II}Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Curso de Doutorado Interinstitucional. Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UESB. Brasil. E-mail: anadulcesantana@yahoo.com.br

^{III}Enfermeira Obstetra. Doutora em Enfermagem. Professora Associada, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: jmprogi@uol.com.br

^{IV}Enfermeiro Obstetra. Doutor em Enfermagem. Professor Titular, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: omcvargens@uol.com.br

O modelo hospitalocêntrico de assistência à saúde trouxe para o ambiente hospitalar eventos como o nascimento e a morte, até então vivenciados no domicílio. A migração do local onde a morte ocorre contribuiu para alterar a percepção da sociedade e a postura dos indivíduos diante dela⁴, compreendida como um evento vital capaz de fazer emergir pensamentos e emoções no indivíduo que está morrendo e em seu entorno social⁵. O afastamento do moribundo de seus familiares colaborou para o desenvolvimento de uma cultura de desmotivação para participar desse processo e criou um estranhamento que pode ser compreendido a partir da ausência de experiências anteriores com as situações relacionadas à finitude, o que pode causar maior sofrimento e solidão ao indivíduo que a vivência^{4,5}.

Por outro lado, o modelo assistencial proposto pelo movimento *hospice* moderno a partir da década de 1960, fez emergir discussões e propostas de cuidados direcionadas ao alívio do sofrimento de pacientes portadores de doenças incuráveis, em busca da “boa morte”. Nessa perspectiva, o foco não mais era a doença, mas o indivíduo que a vivencia; a morte deixava de ser vista como uma derrota⁶. Nesse contexto, o objetivo desse artigo foi refletir sobre o processo histórico da medicalização da morte e como os cuidados paliativos podem modificar esse cenário.

MEDICALIZAÇÃO DA SOCIEDADE E DA MORTE

A morte, em sociedades mais antigas, era um evento público, compartilhado pela comunidade, de maneira que as pessoas morriam de maneira bastante simples, rodeados por familiares, amigos e vizinhos, incluindo as crianças⁷. Nas sociedades primitivas, era considerada resultado de uma intervenção sobrenatural e, durante a Idade Média, continuou a ser vista como resultado de uma intervenção divina, mantendo-se assim nos tempos da Reforma Protestante e Contra-Reforma Católica, quando a vida após a morte passou a ser compreendida como eterna⁸.

Da Idade Média até o século XVI, os indivíduos estavam sob a égide da Igreja e da Monarquia. As relações de poder objetivavam garantir a manutenção de um sistema em que essas instituições pudessem decidir sobre a vida e a morte⁹. Nos séculos XV e XVI, o médico respondia por dois deveres: ajudar no processo de cura e amenizar o sofrimento humano a partir do reconhecimento dos sinais iminentes de morte⁸.

A partir da Revolução Francesa e do Movimento Iluminista, com o desenvolvimento do Estado Moderno, os corpos dos indivíduos passaram a ser o objeto de trabalho de diversas disciplinas. Entre elas está a medicina, que intervém no corpo humano, num contexto de sociedade em processo de industrialização, em que a vida humana era essencial na garantia da produção e consumo dos bens produzidos⁹.

O século XVIII marca o processo de medicalização da sociedade no contexto da Revolução Industrial e do desenvolvimento da economia capitalista. Nesse cenário, a medicina estabeleceu diversas medidas de controle sobre o indivíduo e a coletividade, contribuindo para a manutenção da força de trabalho necessária ao modelo econômico em desenvolvimento. Fazia-se necessária a análise de cada etapa da vida humana, das doenças endêmicas, da mortalidade, das taxas de nascimento, entre outros¹.

Nessa época, o Estado investia em estratégias de higienização social, prevenção de doenças e cura dos convalescentes. Estar saudável estava relacionado com a capacidade de trabalhar, produzir e consumir¹⁰. O médico desempenhava papel fundamental na saúde, prestando assistência técnica à população e assumindo o papel de *expert*, capaz de analisar e interferir no comportamento dos indivíduos¹¹.

O desenvolvimento dos hospitais como instrumentos terapêuticos de cura e de recuperação da saúde no final século XVIII influenciaram significativamente a consolidação do poder da medicina e a compreensão do processo de morte. Até então, o hospital era uma instituição de caridade que provia assistência aos pobres. Os cuidados eram realizados por religiosos e o objetivo não era a cura, mas a assistência física e espiritual ao moribundo a quem se devia fornecer o último sacramento².

O ambiente hospitalar foi capaz de promover o médico ao *status* de detentor de saberes e de poderes sobre a vida e morte humanas. A medicina assumiu o papel de controladora do corpo, interferindo nos modos de vida dos sujeitos e da coletividade, normatizando e prescrevendo as formas de comportamento e criando regras que deveriam orientar a vida, inclusive em temas como a sexualidade, fecundidade, parto, nascimento, envelhecimento e morte, o que tornou a sociedade dependente desses saberes².

A medicalização, como um processo através do qual uma situação natural, inerente à condição humana, é entendida e tratada como sendo médica, foi fortalecida a partir do século XX¹². Esse processo compreende três etapas: descrição do problema a partir de uma linguagem médica; entendimento do problema, a partir de um referencial médico e emprego de abordagem médica para resolver o problema¹³. Trata-se de um fenômeno controlador da sociedade que atua através da criação de padrões de normalidade e classificação patológica⁸ em que os sentidos e significados dos processos vitais são lidos a partir do discurso e prática médicos³.

Ao longo do século XX, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, ocorreu uma intensificação do processo de medicalização com o crescente desenvolvimento tecnológico na área da saúde. Destacam-se aí os recursos de prolongamento da vida como os pulmões de aço, aparelhos de diálise, desfibriladores e outras tecnologias duras de manutenção da vida. A criação de serviços específicos como as unidades de terapia intensiva e a utilização do ventilador artificial provocaram profundas alterações no processo de morrer, transformando-a num exercício de silêncio na tentativa de ocultá-la¹⁴.

A morte passa a ser evitada através do controle do corpo e das doenças, tendo como consequência o prolongamento da vida biológica. Esse movimento é uma característica das sociedades que vivem sob o signo da medicina como disciplina que prioriza o conhecimento e controle do corpo humano¹⁵. Ao adquirir o status de ciência, a medicina legitima-se socialmente e ao médico é garantido o direito de intervir sobre os processos da vida humana, centralizando o poder de determinar os limites entre a vida e a morte¹⁶. Desenvolveu-se, dessa maneira, uma cultura entre os profissionais de saúde de que a morte é uma inimiga a ser derrotada e tal entendimento disseminou-se pela sociedade. A morte deixou de ser um fenômeno natural e passou a ser controlada através de técnicas e procedimentos de prolongamento da vida biológica que não raramente provocam aumento do sofrimento e podem expor o sujeito à distanásia¹⁴.

CUIDADOS PALIATIVOS E DESMEDICALIZAÇÃO DA MORTE

Na contramão dessa tendência medicalizadora da morte, houve, a partir de década de 1960, na Europa, o crescimento de movimentos sociais em defesa dos direitos dos pacientes com reivindicações relacionadas ao direito à morte digna, configurando o chamado *Movimento Hospice Moderno*. Destaca-se, na Inglaterra, berço desse movimento, Cicely Saunders, que fundou o primeiro *hospice* moderno em 1967, o *St. Christopher Hospice*, instituição que segue atendendo pacientes com doenças ameaçadoras da vida¹⁷.

Esse movimento chegou aos Estados Unidos da América na década de 1970 e também logrou êxito em sua disseminação. Organizações civis foram fundadas nessa década pleiteando o direito à morte digna e ampliando a discussão sobre os cuidados a pacientes com doenças incuráveis. Nas décadas seguintes, essa discussão foi disseminada em diversos países, incluindo o Brasil que, em 1996 inaugurou o primeiro serviço de cuidados paliativos no Rio de Janeiro no Instituto Nacional de Câncer (INCA)¹⁷.

Aqui cabe informar que a primeira definição de cuidados paliativos proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) data de 1990 e foi revisada em 2002. De acordo com esta última publicação,

“cuidado paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, impecável avaliação e tratamento da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”^{18:84}.

Assim, podemos entender que a proposta dos cuidados paliativos se apresenta como uma possibilidade de mudança de paradigma na convivência com uma doença ou condição ameaçadora da vida e frente ao processo de morte. Nesse modelo, o esforço está em melhorar a qualidade de vida de acordo com as prioridades do próprio indivíduo, valorizando a autonomia do sujeito cidadão de direitos que é estimulado a decidir acerca da aceitação ou não de tratamentos e intervenções, inclusive a maneira como deseja viver e morrer. O propósito é minimizar, tanto quanto possível, o sofrimento humano.

Em 2018, a *International Association for Hospice & Palliative Care* publicou uma definição de cuidados paliativos, baseado em consenso, aqui transcrita em livre tradução por não ter sido ainda formalmente traduzida para o Português: cuidado holístico e ativo de indivíduos de todas as idades com sofrimento severo relacionado à saúde devido a uma grave enfermidade, e especialmente para aqueles que se encontram próximos ao fim da vida. Seu objetivo é melhorar a qualidade de vida dos pacientes, familiares e cuidadores¹⁹.

Trata-se, portanto, de uma abordagem que contempla a totalidade do ser humano nas suas dimensões biológica, psíquica, social e espiritual. Para tal, se apresenta como modalidade assistencial promovida por uma equipe multiprofissional capaz de atuar, preferencialmente, de maneira interdisciplinar a partir do diagnóstico de uma doença limitadora da vida ainda em conjunto com o tratamento controlador da doença, quando possível.

Buscando detalhar a base estruturante dos cuidados paliativos, a OMS descreveu os princípios que fundamentam essa abordagem, quais sejam: promove o alívio dos sintomas desagradáveis; afirma a vida e considera a morte um processo natural, sem pretensão de acelerá-la ou adiá-la; integra os aspectos psicossociais e espirituais no cuidado ao paciente e família/cuidadores; atua de maneira multiprofissional; propõe-se a melhorar a qualidade de vida e a influenciar positivamente o curso da doença; oportuniza um sistema de suporte em que o paciente possa

viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte (considerando as limitações impostas pela doença); auxilia os familiares durante a doença do paciente e após a sua morte com o acompanhamento no luto¹⁸.

Todos esses princípios parecem apontar os cuidados paliativos como uma proposta que supera o modelo biologicista e tecnocrático de atenção à saúde e que, portanto, tem o potencial de promover a desmedicalização da morte. Desmedicalizar não significa excluir o profissional médico que, inclusive, é parte integrante da equipe de saúde, mas eliminar o raciocínio clínico-médico como o único possível na compreensão do processo saúde-doença e do fenômeno da morte²⁰.

A desmedicalização está vinculada à valorização dos sentimentos e da identidade, assim como ao empoderamento de cada indivíduo no contexto da saúde com incentivo à sua autonomia²¹. Ela contrapõe a visão reducionista da medicalização que dissocia o sujeito do seu contexto social, econômico e cultural²². Dessa maneira, desmedicalizar o processo de morte diz respeito à oferta do cuidado adequado do ponto de vista do sujeito que vivencia uma doença limitadora da vida e que, portanto, necessita de cuidados, entendendo que ele é um ser biográfico inserido em um contexto sócio cultural e que deve ter assegurado os seus direitos enquanto cidadão, especialmente o direito à dignidade. Para além das demandas físicas do corpo adoecido, muitas outras de natureza psíquica, social e espiritual necessitam ser acolhidas pela equipe e trabalhadas junto ao paciente e sua família para que, efetivamente, o sofrimento seja amenizado e a melhor qualidade de vida possível seja promovida.

Para que isso se torne realidade, os profissionais de saúde das diversas disciplinas envolvidas no cuidado precisam compreender o processo do adoecimento e da morte para além do escopo biológico, superando o modelo biomédico de atenção à saúde e adotando uma atitude antitecnocrática²³. Só assim serão capazes de se aproximar do indivíduo que vivencia a sua finitude e de auxiliá-lo neste processo de acordo com as suas necessidades, contribuindo para a redução do seu sofrimento.

CONCLUSÃO

A medicalização da sociedade e das situações inerentes à vida humana, inclusive as que, por séculos, foram consideradas naturais, centralizou na ciência médica diversas decisões, especialmente aquelas próprias do processo de morte. Verificou-se, assim, a perda de autonomia do sujeito, distanciando-o do que ele poderia considerar como uma boa morte.

O modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde fez com que a morte migrasse da comunidade para os hospitais, distanciando aquele que vivencia a sua terminalidade da sua família e do seu aparato social. Não raramente morre-se isolado ou num leito de terapia intensiva, sob medidas desproporcionais de prolongamento da vida e do sofrimento humano.

Para os paliativistas, a morte não deve ser ocultada, mas partilhada socialmente. Contraditoriamente ao que foi designado como expropriação da própria morte, um dos propósitos dos cuidados paliativos é oferecer um sistema de suporte que possibilite ao indivíduo viver da melhor maneira possível até o momento da sua morte, garantindo-lhe a dignidade do viver e do morrer. Nesse sentido, essa abordagem respeita e estimula a autonomia humana, articulando os princípios bioéticos com as demandas individuais. Para que isso seja possível, a equipe de saúde deverá desenvolver habilidades e competências para implementar os princípios dos cuidados paliativos e promover a desmedicalização do processo de morte.

REFERÊNCIAS

1. Gaudenzi P, Ortega F. The statute of medicalization and the interpretations of Ivan Illich and Michel Foucault as conceptual tools for studying demedicalization. *Interface (Online)*. 2012 [cited 2018 Jul 10]; 16(40):21-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000020>.
2. Foucault M. *Microfísica do poder*. 28ª ed. São Paulo (SP): Edições Graal; 2014.
3. Menezes RA. The medicalization of hope: reflections about life, health/sickness and death. *Amazôn., Rev. Antropol. (Online)*. 2013 [cited 2018 Jul 05]; 5(2):478-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.18542/amazonica.v5i2.1503>.
4. Lima R, Borsatto AZ, Vaz DC, Pires ACF, Cypriano VP, Ferreira MA. Death and the dying process: we still need to talk about it. *REME rev. min. enferm.* 2017 [cited 2018 Jun 08]; 21(1):1-4. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170050>.
5. Vasques T, Lunardi V, Silveira R, Gomes G, Lunardi Filho W, Pintanel A. Perception of workers of nursing on the implementation of palliative care. *Rev. enferm. UERJ*. 2013 [cited 2019 Feb 10]; 21(1):16-22. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6303>.
6. Floriani CA. Modern hospice movement: kalothanasia and aesthetic revivalism of good death. *Rev. bioét.* 2013 [cited 2019 Jan 15]; 21(3):397-404. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300003>.
7. Ariès, P. *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro (RJ): Ediouro, 2003.
8. Illich, I. *A expropriação da Saúde: nêmeses da medicina*. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira; 1975.
9. Foucault M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 13 ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 2001.

10. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária; 2009.
11. Foucault M. O nascimento da clínica. 6 ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária; 2004.
12. Conrad P. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007. [cited 2018 Jun 28]. Available from: <http://www.easewellbeing.co.uk/downloads/Peter-Conrad-The-Medicalization-of-Society.pdf>.
13. Brennan R, Eagle L, Rice D. Medicalization and marketing. J. Macromarketing. (Online). 2010. [cited 2018 Jul 05]; 30(1):8-22. DOI: <https://doi.org/10.1177/0276146709352221>.
14. Menezes RA. Technology and "Natural Death": dying in contemporary society. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. (Online). 2003 [cited 2018 Jun 25]; 13(2):129-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312003000200008>.
15. Pescarolo JK. Morte, racionalização e contágio moral: um estudo sobre o instituto médico legal de Curitiba [tese de doutorado]. Paraná: Universidade Federal do Paraná; 2007.
16. Cordeiro FR, Kruse MHL. The right to die and Power over life: knowledge to govern the bodies. *Texto & contexto enferm*. (Online). 2016. [cited 2018 Jun 25]; 25(2): e3980014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003980014>.
17. Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HÁ, organizadores. *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2. ed. São Paulo (SP): Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p.23-30. [cited 2018 Jun 05]. Available from: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>.
18. World Health Organization (WHO). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. [Internet Document] 2002. [cited 2018 Jun 08]. Available from: <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>.
19. International Association for Hospice & Palliative Care. Palliative Care Definition. [Internet Document] 2018. [cited 2019 Jan 15]. Available from: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>.
20. Silva CM, Vargens OMC. Strategies for de-medicalizing the gynecological nursing appointment. *Rev. enferm. UERJ*. 2013 [cited 2019 Feb 06]; 21(1):127-30. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6446/5907>.
21. Pinto JJ, Santos RS, Vargens OMC, Araújo LM. The medicalization and pathologization in the perspective of transgender women: accessibility or social exclusion. *Rev. enferm. UERJ*. 2017 [cited 2019 Feb 06]; 25:e29009. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.29009>.
22. Albuquerque AA. The impact of medicalization on patient's human rights. *Revista Iberoamericana de Bioética*. 2018 [cited 2019 Jan 10]. DOI: <https://doi.org/10.14422/rib.i06.y2018.006>.
23. Vargens OMC, Progianti JM. The process of demedicalization of women's health in nursing education *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2004 [cited 2019 Feb 03]; 38(1):46-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000100006>.