

ALEGORIAS SOBRE A MORTE: a solidariedade familiar na decisão do lugar de “bem morrer”

Ednalva Maciel Neves*

RESUMO

O artigo enfoca o tema da morte e seus desdobramentos para os vivos, no contexto cultural. A inspiração partiu do estudo sobre o “morrer em casa”, realizado na cidade de João Pessoa – PB, como uma atitude perante a morte. A referência teórica é fornecida pelos estudos realizados por Hertz (1978), Mauss (2003) e Thomas (1993), que abordam a morte e os ritos fúnebres a partir de seu caráter coletivo e simbólico, compondo representações que orientam as atitudes e os comportamentos diante da morte. O artigo parte do lugar de morrer como elemento da solidariedade e estratégia familiar para responder às demandas do cotidiano e delinea o sistema de classificação das doenças que levam ao óbito, evidenciando os valores vinculados à noção de “boa morte”, quando se aliam o espaço e o momento da morte.

Palavras-chave: Cultura, Morte e Boa Morte, Representações, Lugar de Morte.

1 INTRODUÇÃO

Como o título deixa entrever, o artigo enfoca a temática da morte e do “lugar” escolhido para a “boa morte”. A atualidade do tema é a motivação para a reflexão realizada neste artigo, observada na ênfase dada pelos meios de comunicação de massa ao tema das mortes trágicas e de pessoas públicas, tais como autoridades políticas, remetendo para a preocupação cultural com os tipos de morte, o lugar de morrer e de sepultamento, movimentando o imaginário coletivo. Assim é que Y. Arafat, por exemplo, podia ser enterrado no Egito (sua terra

*Doutora em Antropologia Social pela UFRGS e Professora da Universidade Federal do Maranhão.

natal), em Jerusalém (cuja provocação seria impensada para os israelenses), ou ainda na Palestina (no “lugar” onde se tornou e se manteve uma pessoa politicamente significativa, afinal). Podemos pensar também em Sérgio Cabral de Mello, brasileiro que há muito era funcionário da Organização das Nações Unidas. Cotado para ocupar o posto de secretário daquele órgão, o “lugar” de sua morte e suas atitudes naquele momento revelam quão significativo era o seu papel no mundo ocidental. Por conseguinte, o “lugar” escolhido para o seu sepultamento extrapola as fronteiras da nacionalidade.

O interesse pelo tema surgiu no meu exercício da prática médica, pela experiência hospitalar com a morte, a qual contrastava com as experiências de morte realizadas por leigos. Era o “lugar” de morrer e o diálogo com a cultura que mobilizavam a tentativa de compreensão dos acontecimentos, em razão do contraste observado entre os modelos de morte praticados: hospitalar e domiciliar, que resultou no estudo sobre as representações acerca da morte junto aos familiares de pessoas que haviam morrido em casa, considerada como óbito sem assistência médica². A reflexão sobre os sistemas culturais e suas concepções sobre a morte envolvia tanto a abordagem biomédica, quanto a apreensão cultural do fenômeno; esta última pensada a partir das representações, atitudes e comportamentos das famílias. O artigo enfatiza, portanto, as singularidades culturais que envolvem a vida social e demarcam um ideal para o lugar de morrer, como expressão da diversidade de modos de sensibilidade perante os acontecimentos da vida coletiva.

Nesses termos, a primeira consideração a ser feita é que a falência do corpo físico-biológico do “outro” representa um fenômeno muito especial para a experiência humana, diante da qual percebemos e tomamos consciência da nossa finitude. O trauma provocado pela experiência da morte do outro leva à elaboração de mecanismos que ajudam a lidar com a morte, visto que a morte do indivíduo afeta o grupo social ao revelar a natureza finita do ser. Para Morin (1997), esses mecanismos são de ordem individual, articulando elementos do inconsciente e consciente da pessoa, e a ordem coletiva que advém do contexto cultural.

O paradoxo a ser superado pela coletividade é da morte do indivíduo (unidade social), apesar da aparente perenidade da coletividade a que pertence, superado mediante a instituição de sistema simbólico que define as concepções de morte e as condutas diante do ocorrido. A relevância do sistema pode ser observada nos velórios, quando os indivíduos próximos ao falecido (familiares, parentes, amigos, etc.) se reúnem para homenageá-lo. Segundo Hertz (1978), esta reunião em torno do falecido garante a afirmação do grupo pelo fortalecimento das relações sociais e dos valores, regras e costumes. O sistema cultural de morte configura-se, portanto, como uma instituição de coesão social,

expressa pela solidariedade entre indivíduos diante da morte. A influência dos mortos na vida social leva a considerar que a sociedade se compõe de vivos e ancestrais, por isso a morte é afirmada como uma condição provisória – liminar –, através da qual o indivíduo ascende à posição social de ancestral.

Se o problema da morte é universal para as sociedades humanas, as formas de enfrentamento do fato são variadas, o que significa que cada sociedade institui seu sistema em conformidade com seus valores culturais. Daí a existência de formas tão diferentes e “exóticas” de lidar com o fenômeno da morte, tais como a autoflagelação individual ou coletiva, as atitudes de inversão da ordem social, os rituais religiosos, o duplo sepultamento, o canibalismo, a cremação, etc. Todas essas são formas específicas de lidar com o cadáver (indivíduo / pessoa), permitindo a exortação da ameaça da morte e reforçando os valores do grupo social. (HERTZ, 1978). As culturas buscam enfrentar o fenômeno da morte de modo que os vivos possam retomar a vida cotidiana com o sentimento de terem realizado os rituais e as obrigações previstas para homenagear o falecido.

Ao sistema cultural atribui-se a sutil articulação entre a dimensão da vida e o fenômeno da morte, assumindo o papel de duplo convencimento: tanto para o moribundo, quanto para os que ficam. Instituem-se variados mecanismos culturais – próprios do universo do imaginário e do simbólico – que oferecem aos sobreviventes o sentido para a vida após a morte do outro. Por sua vez, as formas como as sociedades se organizam para *domar* o evento também expressam as diferenças presentes no interior das formações sociais. Refiro-me, por um lado, à coexistência de formas diversas de atribuir sentidos a morte, representadas pela ordem cultural e refletindo a natureza coletiva e consensual da formação social e das formas de enfrentamento da morte. Por outro lado, trata-se das condições reais de existência das pessoas que delimitam as possibilidades de realizações dos rituais de morte e que compreende a estrutura e organização das sociedades humanas, em termos das desigualdades sociais que determinam quem morre, quando morre e de que morre. São aspectos que fazem parte da realidade vivida, cuja dinâmica consiste na intermediação entre o idealizado e o possível, definindo as práticas sociais.

A recorrência da atitude de “morrer em casa”, verificada nas declarações de óbito, indicava que esta atitude estava orientada por valores culturalmente construídos, vinculados ao ideal da “boa morte”. Esta reflexão está, portanto, voltada para as interpretações que os agentes sociais expressam acerca da vivência com a doença e a morte, enquanto representações carregadas de significados sobre o vivido. Recai, assim, na ordem coletiva buscando compreender a ascensão cultural sobre o indivíduo e seus comportamentos diante da morte, norteadas pelo sentido do lugar de morrer. No meu entendimento, as con-

dutas e sentimentos são obrigações impostas pela cultura (MAUSS, 1921), correspondendo ao sistema constituído por concepções, comportamentos, atitudes e rituais de morte. Para tanto, a socialização pelas experiências cotidianas com a morte transforma a natureza social das práticas em formas ou maneiras naturais de agir diante do evento.

2 O SISTEMA CULTURAL DE MORTE

Os estudos antropológicos sobre a morte realizados por Hertz (1978), Mauss (2003) e Thomas (1993) apontam para a constituição coletiva desse sistema de orientação diante da morte. O sistema parte das concepções de morte, articuladas com valores e vivências culturais, de modo que o fenômeno seja justificado socialmente, definindo os rituais a serem realizados. O padrão cultural, portanto, pressupõe os tipos de morte, atribuindo uma ordem natural ou outra ordem de causalidade para a morte. Algumas sociedades consideram naturais as mortes ocorridas por acidentes, enquanto as outras mortes teriam outra motivação de ordem social ou sobrenatural, a bruxaria ou o feitiço.

A definição da causa da morte é relevante para a condução das formas de lidar com o evento, desencadeando os ritos necessários para superação do acontecimento. A morte por bruxaria, por exemplo, exige certos procedimentos que culminam com a acusação sobre o bruxo. Ou ainda a morte do velho – patrono da família – em que é “costume” esperar a presença de todos os filhos para a realização do sepultamento, imperativo na retomada das relações familiares e confirmação da entrada do falecido no mundo dos mortos.

A natureza coletiva dos códigos e sua influência sobre o indivíduo compõem um texto clássico intitulado Efeitos físicos no indivíduo da idéia de morte sugerida pela coletividade, no qual Mauss (2003) examinou certo tipo de morte citada pelos viajantes em sociedades não-ocidentais, ocorridas simplesmente porque o indivíduo acreditava que ia morrer. “Ele apenas se crê, por razões coletivas precisas, em estado próximo da morte” (MAUSS, 2003, p. 350), mesmo sem estar doente, em razão da violação de tabu ou por ter cometido um ato de sacrilégio para com a coletividade. A causa atribuída seria a suspensão do vínculo social existente entre o indivíduo e o grupo, ocorrido também por um ato de magia / bruxaria realizada contra o indivíduo. A reconstituição dos laços sociais é a condição necessária para que a morte não aconteça.

Com este enfoque, M. Mauss pretende demonstrar a força social sobre a natureza psíquica e fisiológica do indivíduo, demarcando a tríplice natureza dos fatos sociais: sociológica, psicofisiológica e histórica. Assim é que as condições históricas e sociais interferem também sobre os procedimentos a se-

rem realizados, a depender de quem morre, de que morre, das condições de existência da família e daí por diante, de modo que o sistema cultural de morte das sociedades possui uma dinâmica que lhe é própria, e que se reflete sobre o conjunto de representações e rituais.

A contribuição de Hertz (1978, grifo nosso), com a obra intitulada **Contribution à une étude sur la représentation collective de la mort**³, revela o caráter prescritivo do tratamento dado à morte nas sociedades estudadas por ele, afirmando as relações entre essas formações sociais e a morte. A dimensão coletiva e a dependência de concepções e ritos configuram um sistema que tem como objeto de elaboração a morte, afirmando a estrutura e as lógicas sociais que se reproduzem nas práticas funerárias adotadas. As práticas de duplo sepultamento, incineração, exposição cadavérica ou inumação evidenciam, em sua essência, a necessidade dos grupos sociais de conservarem aquilo que da morte fica: os ossos humanos. Trata-se da metáfora da eternidade dos ossos que confirma a entrada do indivíduo na sociedade dos mortos e a garantia da continuidade social, com o retorno da comunidade à vida normal.

Estes procedimentos não estão distantes da nossa prática de construção dos mausoléus para nossos parentes mortos, como se fossem verdadeiras casas. Ou quando removemos seus ossos das sepulturas para reuni-los com os de outros parentes que morreram antes, como se assim preservássemos a história do que somos. Na perspectiva contemporânea, as práticas funerárias têm assumido um caráter pragmático, consequência da vida moderna (a restrição do espaço nos cemitérios, a tendência à incineração, velórios realizados nas funerárias, etc.), o que não impossibilita o empreendimento cultural sobre o fenômeno da morte, mas lhe fornece outra configuração. Estamos, de qualquer forma, dando um destino aos nossos mortos, coerente com o que as sociedades modernas têm elaborado para exorcizar o fenômeno e promover a aceitação dos vivos.

Essa experiência moderna sobre a morte compõe os estudos etnográficos realizados por Thomas (1993). Em **Antropología de la muerte**, o autor se dedica a comparação entre as práticas culturais de morte elaboradas nas sociedades africanas e nas sociedades ocidentais. Sua tese é que o homem ocidental nega a morte por percebê-la apenas como *potência negativa* – de destruição pura e simples da vida –, enquanto as sociedades africanas tomam a morte como parte cotidiana da vida e tentam imitá-la em seus ritos cotidianos. Para ele, “Por um curioso paradoxo, cabe perguntar-se se o homem ocidental não teme a morte porque se nega a crer na onipotência da vida” (THOMAS, 1993, p. 8), remetendo o enfoque para a dimensão bio-fisiológica da vida.

As diferenças entre as formas de abordar a morte entre essas sociedades estariam, portanto, atreladas aos sistemas de pensamento, crenças, ritos e atitudes, fundados sobre arquétipos do imaginário cultural. O lugar da

morte, para o autor, se integra nesse sistema como o lugar do sujeito para a sociedade, visto que a morte física não representa a morte do sujeito e sim a mudança na sua posição social.

A abordagem de Philippe Ariès sobre as atitudes diante da morte parte da interdição ocidental sobre o fenômeno da morte. No livro **Sobre a história de morte no Ocidente desde a Idade Média**, publicado em 1975⁴, o autor enfatiza as modificações sofridas nas atitudes perante a morte no Ocidente, envolvendo a dissimulação crescente dos sinais premonitórios e dos instantes finais de vida. Essa configuração seria diferente das atitudes fundadas num modelo de “morte domesticada”, em que a morte se constituía como um fenômeno público e do domínio do moribundo.

O estudo realizado pelo autor revela as elaborações culturais sobre morte, na perspectiva da história da longa duração. Ariès (1989) alega que, até o final do século XVII, a *familiaridade* com a morte era a principal estratégia cultural para lidar com o fenômeno. A socialização ocorria a partir da noção de que a morte fazia parte da vida, na medida em que estava articulada com outras mortes do domínio da natureza, como a morte de outros animais, as mudanças de estação, etc.

O moribundo reconhecia a proximidade da morte pelas premunições, o que desencadeava os procedimentos de preparação da morte através de providências para seu velório e funeral. Inicialmente, o testamenteiro recebia as instruções sobre suas vontades, incluindo o número de missas a serem rezadas por dia, mês e ano em sufrágio de sua alma. As crianças e pobres acompanhavam todos os acontecimentos. O julgamento do moribundo acontecia na “hora da morte”, quando este jazia em seu leito de morte e assumia atitudes de arrependimentos e reconciliações com a família, e invocando a proteção dos santos e anjos para salvação da alma. A importância destes momentos derradeiros é representada pela *morte do justo* e *morte do pecador*, um exemplo são os afrescos na entrada da Igreja do Senhor do Bom Fim, em Salvador/BA.

Após receber a extrema-unção era o momento da *armação da casa* para o velório, abrindo-se janelas e portas para a visitação do corpo. O padre encomendava a alma antes da saída do s q ito para o cemitério, formado por parentes, amigos e pobres que indicavam a importância social e política do falecido. O horário ideal para o enterro era ao entardecer, numa metáfora cultural entre o sono e a morte. A sepultura deveria ser no altar das Igrejas e o mais perto dos santos. Já os que não podiam pagar um sepultamento junto aos santos eram destinados às valas abertas localizadas nos arredores das igrejas, que somente eram fechadas quando estavam abarrotadas de corpos, para em seguida serem abertas mais adiante.

A Igreja se constitui no centro da vida urbana, espaço para jogos,

feiras e negócios, o que possibilitava o convívio com cadáveres e restos mortais em decomposição. A morte era fonte de inspiração e a sua expressão pictórica (*ars morendi*), reprimida posteriormente em razão do caráter mórbido atribuído a esta arte.

Em resumo, na visão de Ariès (1989), passamos de uma atitude marcada pela inclusão da morte na vida cotidiana, cujo rito era conduzido pelo próprio moribundo, a “morte domada”, para um conjunto de atitudes que denotam mudanças no modo de lidar com a morte. Para ele, desenvolvemos um medo da morte que impede a experiência com os instantes finais de vida e que impõe interdições cotidianas com o tema e a experiência da morte. Ao afastar as crianças da experiência com a morte e a família assumir os procedimentos de morte, a autonomia do moribundo sofre modificações.

Assim, procuramos fugir dos últimos minutos da morte e o local idealizado é o hospital, lugar constituído pelas sociedades ocidentais para a reclusão dos moribundos⁵. O marco de diferenciação do modelo da “morte interdita” é o estabelecimento do “lugar” de morrer. Para Ariès, “Entre 1930 e 1950, a evolução vai precipitar-se. Esta aceleração é devida a um fenômeno material importante: a transferência do local da morte. Já não se morre em casa, no meio dos seus; morre-se no hospital, e só” (ARIÈS, 1989, p. 56). Este processo está fortemente amparado pelas noções de contaminação / contágio e higiene.

O pensamento de Ariès (1989) difere dos estudos realizados por Michel Vovelle (1987), para quem a morte deve ser abordada segundo a perspectiva da História das Mentalidades, dando-se ênfase aos aspectos dinâmicos das épocas históricas. Para este autor, a história da morte feita a partir da longa duração tal como realizada por Ariès, não valoriza conjunturas históricas e culturais que mobilizam a sensibilidade e a mentalidade coletivas. Exemplar deste tipo de análise é a referência às mortes decorrentes das grandes epidemias que provocam variadas relativizações nas práticas de morte, entendidas como estratégias culturais em favor das condições de sobrevivência.

As mudanças no “bem morrer” surgem a partir das epidemias que assolaram a Europa – de peste bubônica, cólera e outras –, dizimando populações e impedindo a realização das obrigações prescritas pelo sistema cultural. (VOVELLE, 1987). Essas mudanças são reforçadas pela concepção de contágio das doenças através dos miasmas, como os odores e líquidos emanados pelos cadáveres, contaminando os ares, a terra, a água. Segundo Corbin (1987, p.11), no percurso desta hiperestesia coletiva, “O horror tem seu poder; o dejetos nauseabundo ameaça a ordem; a reconfortante vitória da higiene e da suavidade acentua a sua estabilidade”. Essa sensibilidade acentua a necessidade de higiene e saneamento das cidades, que inclui também a reforma dos cemitérios, iniciada com a proibição das sepulturas nas igrejas e a construção dos locais de

sepultamento fora do espaço urbano. O estudo de Reis (1995) demonstra a influência desta forma de sepultamento, abordando a revolta popular ocorrida na Bahia, no início do século XIX, com as propostas higienistas de construção dos cemitérios fora da cidade e longe das Igrejas.

Para Vovelle (1987), a sensibilidade coletiva está historicamente orientada e dependente das conjunturas sociais, variando segundo meios e lugares, assim como pela convivência entre várias tradições diante da morte. Não existe, desta forma, um modelo unívoco nem imobilidade das práticas sociais perante o evento e sim alterações na sensibilidade coletiva frente à morte, seguindo a historicidade e a localidade dos acontecimentos.

Estes movimentos nas atitudes perante a morte se conjugam com a reflexão de Foucault (1988), sobre a **História da sexualidade** nas sociedades ocidentais. Para ele, a grande ruptura realizada no Ocidente foi de natureza valorativa, no sentido da ênfase crescente na vida, enquanto valor. Ruptura esta que favoreceu os discursos relacionados com as ciências da vida e o despontar do *biopoder*⁶, suas formas de controle social sobre os corpos e a ênfase social em temas relacionados com o nascimento, com a sexualidade e a reprodução.

Os estudos realizados no Brasil por Martins (1983), Rodrigues (1983) e Ziegler (1977) denunciam a complexidade e flexibilidade dos sistemas culturais. Eles apontam para a singularidade do sincretismo religioso brasileiro e a dinâmica resultante de trocas significativas entre as experiências e procedimentos de morte. São estudos etnográficos, buscando exaltar o cotidiano das atitudes diante da morte, em contexto de comunidades urbanas, religiosas e de várias-descendências. Por isso, tomo essas características como pano de fundo cultural para a expressão do sentido do lugar da morte, como um aspecto que perpassa os sistemas de significação apontados pelos entrevistados.

3 A PERSPECTIVA LOCAL: o lugar de “bem morrer”

O estudo de que parte minha reflexão foi realizado com o objetivo de apreender os sentidos que atribuímos aos fenômenos sociais, especialmente ao morrer. A pesquisa sobre a morte domiciliar foi realizada em João Pessoa, capital do estado da Paraíba, considerada uma cidade de porte médio, localizada no Nordeste brasileiro, e com um desenvolvido sistema de prestação de serviços de saúde, repercutindo para o campo das práticas de saúde e doença da população.

A investigação foi iniciada com o exame das declarações de óbitos ocorridos na cidade, durante o ano de 1996 e arquivadas na Secretaria Estadual de Saúde/PB. A declaração de óbito representa um documento fundamental

para o planejamento em saúde, na medida em que fornece informações sobre causas de morte e assistência recebida. As informações são: dados de identificação do falecido (idade, sexo, estado civil, procedência, etc.), o local e a causa da morte, bem como informações relativas à assistência médica recebida durante a doença e a morte⁷. Tais informações indicam, desta forma, variadas condições de morrer, tais como: a morte hospitalar, a morte sem assistência médica, a morte abrupta (provocada por causas externas e violentas: acidentes, agressões) e a morte domiciliar.

Para a caracterização dos óbitos, a situação do “morrer em casa” continha certa singularidade, visto que indicava a existência de um arranjo ético-profissional do médico ao fornecer o atestado médico de morte aos familiares daqueles que faleceram e receberam assistência durante a doença, como também em função do desejo da família de levar o moribundo para casa, manifestado durante as entrevistas realizadas. Por isso, na prática social de “morrer em casa”, as declarações de óbito informam a causa da morte, são emitidas e assinadas por profissional médico, registrando o local de ocorrência do óbito (a residência).

Outro aspecto relevante para a compreensão do fenômeno observado se caracteriza pelo fato de que as pessoas falecidas tiveram tempo para escolher o lugar de sua morte, e que isto se conjuga com a decisão familiar. Este aspecto está intimamente relacionado ao tipo de doença que as acometeu, em razão do intervalo de tempo transcorrido entre o diagnóstico da doença, as tentativas de tratamento e a morte, o que possibilitava ao moribundo e seus familiares refletirem sobre a proximidade da morte, assumindo o domicílio como o lugar para viver os momentos derradeiros.

Aliam-se, assim, o tempo e o lugar, como elementos significativos para o fenômeno da morte. As questões antropológicas surgidas foram: o que significa a experiência de “morrer em casa” para os familiares do moribundo? Quais os sentimentos que orientam as práticas realizadas durante essa vivência? Quais as condições de ordem prática que afetaram essa experiência e a realização dos rituais fúnebres?

No contexto estudado, a desigualdade social aparece tanto no processo de adoecimento, quanto no acesso aos serviços de saúde, como consequência da condição de vida dos indivíduos. Condições de existência que se verificam durante a vida, se reproduzem na morte e levam Berger (1987, p.237) a afirmar que “[a] sociedade assume o papel de definir quem morre, de que morre, quando morre”; portanto, a posição que o indivíduo ocupa na estrutura social repercute sobre sua saúde-doença-morte, caracterizando a determinação social da doença.

Tal estrutura também se reflete no campo das representações e

práticas diante da morte. Assim, são diferentes atitudes mediante o papel social ocupado pelo moribundo, em termos de geração, do tipo de morte ocorrida, entre outros aspectos levados em consideração pelo grupo. Nesse sentido, os discursos sobre a morte revelam o sistema lógico que norteia o evento, bem como os princípios e valores definidos coletivamente.

Os discursos dos entrevistados indicam, ocorridos cerca de um ano após o acontecimento, a função da memória em articular os significados atribuídos aos acontecimentos, marcados por uma lógica própria de ordenação das lembranças. Para tanto, os entrevistados adotavam um estilo descritivo dos fatos, tomando como ponto de partida a doença que provocou a morte, finalizando com o sepultamento. A organização das narrativas articulava a experiência individual ao sistema cultural a que pertencia o interlocutor, a partir do qual se pode justificar a morte do parente.

A narrativa segue a exigência de esclarecimento das causas das doenças e da morte. Este reconhecimento da causa define as atitudes e comportamentos, bem como os rituais a serem acionados diante do fato. No contexto contemporâneo, convivemos com recursos biomédicos que esclarecem a causa da morte, sendo apropriada e re-significada pelo grupo no processo de apreensão cultural da morte. Conhecer a natureza da causa da morte é importante para a justificativa do acontecimento, permitindo a convivência e o consenso entre os vivos.

Portanto, as narrativas sobre a morte começam com uma explicação sobre a causa final da morte, que podia ser doença, acidente ou outro acontecimento. Essa explicação volta-se para o desencadeamento dos fatos, passando pelos sintomas e sinais clínicos mais marcantes, itinerários terapêuticos, até a suposta causa final. Essa ordenação do discurso faz parte das estratégias de reflexão coletiva e da construção da imagem do vivido, impondo ordem aos fatos, de modo que o discurso revela o domínio lógico e a recomposição do sentido da morte. Para tanto, o relato não segue a ordem cronológica, e depende da proximidade do interlocutor com o falecido e da experiência sobre a doença e a morte.

Desta forma, existe íntima correlação entre a concepção de doença e as práticas sociais perante a morte, acomodada por aspectos da experiência e da sociabilidade com formas discursivas variadas, tais como: o discurso médico, os meios de comunicação de massa, os vizinhos, as pessoas mais velhas da família, etc. Tem-se, pois, a elaboração de um discurso composto de elementos captados em diferentes níveis da vida social e em decorrência do percurso da doença.

Para o universo estudado, pude reconhecer pelo menos cinco formas de caracterização das doenças relacionadas com a morte: (1) as doenças

malignas, consideradas “doenças metáforas”. (SONTAG, 1984), em razão da relação mediata com a morte, como neoplasias e Aids; (2) as doenças crônicas e degenerativas, que são vistas como patologias que não se deixam curar, mas que não matam e, portanto, não mantêm uma relação direta com a idéia de morte, como diabetes, doenças renais, doença de Alzheimer; (3) as doenças do coração, da circulação, da respiração, consideradas patologias que se vinculam à fatalidade da vida ou à ausência de cuidados com a saúde, tais como enfisema pulmonar (fumantes), hipertensão arterial (“comia muito sal”), insuficiência cardíaca (“não se tratava”); (4) doenças que ocorrem na velhice, como fraturas por traumas, hérnias, arteriosclerose; (5) doenças que ocorrem na infância, como a gastrenterite. Os dois últimos grupos se traduzem em doenças relacionadas à faixa etária, e são vistas diferentemente pelos indivíduos, uma vez que aos velhos e as crianças atribui-se uma morte natural. Não deixaram de surgir, no entanto, causas que não podem ser classificadas nesses grupos, tais como: o “mal olhado”, a presença do “diabo” e a “inveja”, interferindo no adoecimento e morte.

Os entrevistados apontam que o processo de adoecimento teve em média um ano de duração nos casos de neoplasia, enquanto outros processos tiveram longo processo de doença, como nos casos de cardiopatias ou “doença do rim”, em razão do caráter crônico dessas últimas doenças; processo que exigem certa acomodação do doente e sua família. Muitas vezes, a família não entendia o que estava acontecendo, mas o tipo da doença era indicado pelo serviço de saúde para o qual o doente era encaminhado para tratamento, inclusive a gravidade da doença. Esta situação foi explicitada por familiares que disseram reconhecer a doença pelo tratamento indicado, e comentavam: “Aí, ela foi encaminhada para lá, e a gente já pensou no que ela tinha, que não devia ser coisa boa”. Este é o caso dos doentes encaminhados para serviços hospitalares que tratam doenças cancerosas e que são alvo de estigmas, porque se traduzem em lugares para quem já está muito mal de saúde.

Nos casos de morte domiciliar estudados, o adoecimento foi marcado por intensas relações com os serviços de saúde, consultórios e hospitais (públicos e privados) em idas e vindas para tratamentos (da doença ou da dor, paliativo ou de controle), de modo que quando o doente atinge a condição de moribundo, ele e sua família já esgotaram os seus recursos e padecem de certo cansaço, em função da luta contra a doença. Por isso, a decisão do moribundo de ir para casa ou dos familiares de levarem-no para casa aparece como uma possibilidade de alívio e angústia, ao mesmo tempo. Situação delicada pela condição do doente, visto que geralmente o domicílio não dispõe do suporte técnico que o hospital oferece.

A acomodação do doente no domicílio representa algo a ser admi-

nistrado, e os familiares buscam “combinar” as atividades cotidianas com a atenção e os cuidados exigidos pelo doente. Tal sobrecarga se revela em diferentes momentos que exigem arranjos de ordens: afetivo-emocional, econômica, social, etc, provocada pela tensão da situação e, quase sempre, resultando em conflitos entre familiares. Deve-se considerar a existência de pelo menos dois condicionantes: o estado de saúde do moribundo e a situação socioeconômica da família, de maneira que muitos comentam que a família “se arranja como pode”.

Por outro lado, a situação aciona uma rede de apoio que vai desde familiares, como filhas casadas, noras, irmãos e irmãs do doente, até vizinhos e amigos, reforçando laços sociais e afetivos. A ajuda oferecida compreende pequenas atitudes cotidianas (ficar com o doente, lavar a roupa, ajudar em tarefas domésticas) e também em outras formas, através de conversas e rezas, promessas: “Ela [vizinha] era muito boa, vinha aqui e conversava e alivia, sabe?”.

No entanto, levar o moribundo para casa transcorre sob o jugo da contenção dos sentimentos e emoções, em razão de que a família busca pôr a salvo o doente das implicações de sua doença e, quando se trata do “câncer”, os membros da família se sentem pouco à vontade para fazer referência ao que lhe acomete. Neste sentido, os comentários com o doente buscam dissimular a condição e proximidade com a morte. Os familiares fazem um julgamento da capacidade de reação do doente, escolhendo “não contar a verdade”. Esta atitude familiar justifica que “Hoje se exige absolutamente que o moribundo ignore o que lhe ocorre”. (THOMAS, 1993, p. 329), é iniciada pelo médico que evita informar ao paciente acerca do diagnóstico / prognóstico da doença, mas os declara à família.

Os comentários sobre a doença feitos pela família com amigos e vizinhos são sussurrados e emitidos “meio às escondidas” como alguns entrevistados se referiam, evitando-se falar da morte. Isto não significa que o doente esteja alheio ao que lhe aflige. Os familiares alegam que tiveram a impressão que o moribundo sabia da sua doença, mas que evitava perguntar abertamente sobre o assunto mantendo certo silêncio, rompido quando sentiu a proximidade da morte, demonstrando compreender a gravidade da sua condição: “parecia saber que era chegada a hora”. Para a maioria dos entrevistados, essa atitude demonstra a capacidade de resignação e superação da morte pelo moribundo, condição fundamental para se ter uma “boa morte”. Por isso, penso existir um pacto entre os sujeitos sociais, entre o moribundo e sua família, em que se evita tocar no assunto para que se possa manter a ameaça da morte o mais distante possível, até o momento em que a situação se torna inevitável.

As atitudes americanas diante da morte podem fornecer certa compreensão sobre as relações entre doente, profissional de saúde e família sobre a doença, quando o moribundo é informado pelo médico sobre a doença que o

acomete e sua gravidade. (KUBLER-ROSS, 1994). Por outro lado, a permanência do doente no hospital delimita a ameaça da morte aos domínios do serviço de saúde e ao âmbito do sujeito acometido. A família participa do processo, mas a morte ocorre no âmbito hospitalar. Com a morte aciona-se uma rede de agentes responsáveis pelo tratamento a ser dado ao cadáver (maquiagem para disfarçar os sinais da morte, por exemplo) e as casas funerárias, para o velório e o sepultamento.

O isolamento do moribundo, as atitudes dos profissionais com o moribundo, entre outros aspectos têm provocado reações sobre esses procedimentos, exigindo a adoção de medidas que possam apoiar a equipe de saúde e os familiares nesse momento. Entre essas medidas está a criação de serviços de psicologia nos hospitais que acompanham a família e os profissionais de saúde, a criação de ambientes apropriados para o moribundo e sua família no momento da morte. Outra prática médica que vem crescendo no Brasil é a liberação do doente da unidade de terapia intensiva para um apartamento, onde a família pode estar o moribundo nos instantes. Tais estratégias podem ser encontradas em hospitais dos grandes centros urbanos, no Brasil.

Diferentemente de pequenas sociedades, nas formações sociais modernas o esforço de superação da morte está restrito ao círculo daqueles que estão próximos ao que morre, de maneira que são eles os responsáveis em conter o perigo que a morte representa. Os esforços familiares buscam, por um lado, conservar a unidade do grupo e, por outro lado, contornar a negatividade da morte. Para tanto, utilizam práticas sociais que transformam os impulsos negativos provocados pelo evento em benefícios para o grupo ou para a sociedade.

No contexto estudado, o “morrer em casa” é tão significativo para o moribundo, quanto para a família. Não se trata apenas de uma atitude, representa uma prática reconhecida socialmente, que inspira dignidade à família. Ou seja, ao aprovar e assumir a atitude de “morrer em casa”, a família distingue-se perante o grupo social como sujeitos “habilitados” no trato com a morte e pela solidariedade com o moribundo, sendo creditada ao tomar para si o encargo com o processo mórbido e irreversível que resultou na morte. A rede social mobilizada reforça a solidariedade para com a família e o respeito que alegam ter resultado dessa experiência na comunidade.

A casa figura como o espaço da vida social no qual se expressa o domínio da história pessoal e é onde se é reconhecido em sua singularidade. As relações sociais que aí se desenrolam são de natureza diferente, dispensam o formalismo. Esta consideração é muito importante, principalmente no contexto cultural brasileiro de diferenciação entre o público e o privado, entre a casa e a rua. (DA MATTA, 1997). No domínio da casa, as relações parentais são demarcadas pela dimensão afetiva, especialmente em situação de morte, con-

centrando as formas de afeição, apoio, cuidados, atenção e de ajudar a bem morrer, embora os conflitos e desavenças também possam emergir, e, principalmente, a casa é o lugar de morrer perto dos que podem realizar os rituais necessários ao encaminhamento da alma para a salvação, para a vida além-túmulo.

Os entrevistados sentem que contribuíram para a realização da “boa morte”, no sentido presente no imaginário social. O sistema cultural que orienta esta atitude realiza um sincretismo singular entre o modelo ocidental e as experiências culturais locais, de modo que as atitudes buscam superar a negatividade da morte pelas estratégias familiares de lidar com o moribundo e a morte. No modelo histórico da morte, a interdição define o hospital como lugar de morrer – o que impede os vivos de presenciarem o momento da morte, o instante mais doloroso –, reforçando o caráter negativo e impuro da morte. No entanto, as famílias estudadas reassumiram o momento da morte, tanto como parte do mecanismo cultural de superação da morte, quanto em razão de limitações sócio-econômicas para manter o moribundo no hospital. Assim, procuram recompor a higiene hospitalar como estratégia de controle do contágio da morte e da doença, resultado da concepção de “impureza” que carregam. (DOUGLAS, 1976).

De modo geral, a preocupação dos familiares com a limpeza do ambiente familiar não se restringe à idéia de contaminação, como mecanismo de transmissão de doenças. Nela está contida a noção de impureza própria da morte, do contágio e da desordem dos comportamentos sociais provocados pelo desaparecimento do parente (DOUGLAS, 1976). Portanto, os cuidados com a limpeza do moribundo que se estendem a casa têm diferentes propósitos. Pode-se considerar que revelam, por um lado, a tentativa da família de manter no ambiente a assepsia que a imagem do hospital evoca, incorporando uma idéia de pureza através de suas paredes brancas e o “chão sempre limpo”. Por outro lado, se trata de limitar a morte ao indivíduo, isto é, a limpeza que o rodeia compreende uma metáfora que deixa subentendido que ele é o único contaminado. Esse fato não passa despercebido do grupo social, colaborando para a exaltação da família que administrou e suportou a morte, enfatizando que a sujeira e a impureza desaparecem diante da limpeza e do perfume do ambiente.

Na percepção de nossos interlocutores, o domicílio tem conseguido conciliar o afetivo e o higiênico, constatado pela declaração comum de que, durante a doença, havia muita higiene e de que, no transcurso do velório, “não se sentiu mau cheiro”, “não havia moscas”, “nem parecia que alguém tinha morrido”. As declarações de que não havia sinais de sujeira nem de impureza reforçam a temática da negatividade da morte e denunciam a hiperestesia ocidental com os odores e secreções. (CORBIN, 1987), aspectos que não são levantados pelos interlocutores quando se referem a morte de criança ou de idoso, consideradas mortes naturais.

Para os entrevistados, a superação da profanação da vida provocada pela doença e pela ameaça da morte efetiva-se no momento mesmo da morte, através da “boa morte”, o que não pode acontecer no ambiente hospitalar. O hospital não permite que as pendências da vida sejam resolvidas antes da morte, visto que o lugar de morrer garante a administração das pendências pelo moribundo e fornece o amparo para a “boa morte”. (ELIAS, 1987).

O lugar de bem morrer é o ambiente familiar, o lugar do doente, rodeado daqueles que podem ajudá-lo a “bem morrer”. Trata-se de reconhecer o “lugar do moribundo”, junto da “sua janela”, na “caminha dele” ou ainda na casa onde ele acredita ter o apoio dos seus familiares e com isso desvelam-se diferentes dimensões significativas para a morte e o morrer. Em princípio, na casa permite-se que o moribundo possa conviver com seus familiares, possibilitando a reconciliação necessária para “morrer em paz” e a distribuição dos conselhos que a sua prática de vida pode proporcionar. Ou seja, procura-se repassar aos outros o conhecimento adquirido pelo próprio viver, através desses últimos instantes de coexistência e familiaridade.

O momento da morte, instante dramático, oportuniza um grande aprendizado para os sobreviventes, pois nesta vivência ancora-se a noção e idealização de morte, suporte para a conformação das representações sobre o evento e para vivências futuras. Além disso, compreende um momento crítico para o bom encaminhamento da alma, argumento levantado por uma entrevistada que reclamava do fato de sua mãe ter morrido no hospital e não ter atendido o compromisso de acender uma vela na hora da sua morte. Para ela, a vela colocada na mão do moribundo no instante da morte serve para guiar a alma e indicar o bom caminho para o céu, por isso sua mãe trazia sempre consigo uma vela e fósforos, para que fosse acesa no momento da morte. A internação na unidade de terapia intensiva impediu a realização desse compromisso, e a entrevistada se queixava que “só ficou sabendo da morte da mãe quando ela já estava na pedra” (necrotério hospitalar), de modo que não pôde oferecer luz para iluminar o caminho da alma.

Em casa, confirma-se a validade dos procedimentos, a sua significação simbólica e a superação da morte, encerrada na forma de condução do morrer pelo moribundo. Assim, na residência “[ele] também se ajuda a bem morrer, se compõe com aqueles que, ao tratarem da morte e dos moribundos, ajudam a sociedade a controlar e domesticar a morte”. (MARTINS, 1983, p. 262). A estratégia de “morrer em casa” promove a integração do evento da morte à vida, mediada pelo falecido que escolheu morrer perto dos que o ajudaram a atravessar a doença e a morrer, re-elaborada a partir da imagem de “boa morte” e condicionada pela inserção da família na vida social. O “morrer em casa” tem permitido que os familiares incorporem a perda de maneira menos

dolorosa, integrando elementos do universo biomédico – higiene, assistência médica, causa da doença, terapias para a dor, etc.

De modo geral, os discursos elaborados pelos entrevistados revelam a intenção dos indivíduos em não deixar os acontecimentos sobre a morte sem definição: é necessário ir até o fim para incorporar este fenômeno ao domínio da vida. Daí a preocupação em descrever o sepultamento, e alguns falecidos expressaram previamente suas vontades acerca da mortalha e do velório. As exigências dos moribundos podem colocar a família em dificuldade na localidade, visto que pressupõe o cumprimento dos anseios dos falecidos, representando gastos consideráveis com coroas, missas, inclusive para a “encomendação” do corpo, etc. Outros entrevistados foram além do sepultamento e se preocuparam até com o além-túmulo: “acho que ele se salvou”. Estes agentes sociais demonstram que tanto o velório quanto o sepultamento ocorreram em conformidade com as condições da família e algumas pessoas conservam o culto aos seus mortos, visitando o cemitério com certa frequência.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se trata da morte não poderia ser diferente, a cultura assume o seu tratamento, instituído coletivamente, e circulando em teias significativas. Discursar sobre a morte reproduz uma trajetória que não é exclusiva sobre o falecido, mas na qual os sobreviventes se situam. A prática de “morrer em casa” assume uma orientação que não se limita à sua dimensão biológica, visto que ela provoca a coletividade na constituição de sistemas lógicos, orientadores das atitudes diante do fenômeno. De certa maneira, busca-se o reconhecimento social das condutas realizadas, em razão da coerência cultural das atitudes e das concepções que as balizaram. Confirma-se o dinamismo das representações sociais, restabelecendo parâmetros e refazendo os percursos diante da morte, como parte da realidade vivida.

O contexto social constitui-se como pano de fundo das realizações, integrando a idealização e as práticas sociais. Por sua vez, são os códigos culturais que conduzem os indivíduos diante da doença e da morte contribuindo para a escolha do lugar de morrer, em razão do que considere que o “morrer em casa” constitui-se numa *prática social* e, portanto, numa atitude cultural diante da morte. Essa prática pode ser compreendida como a atualização de elementos significativos no sistema cultural relativo à morte – o lugar da morte, os instantes derradeiros.

Os códigos atuam como suporte para que os indivíduos possam justificar e explicar seus comportamentos perante o grupo social, legitimando-se

através do conteúdo significativo atribuído à prática. Assim, mesmo que a morte domiciliar se encontre na contramão da morte hospitalar, predominante nas sociedades ocidentais e urbanas, ela tem seus sentidos afirmados pela sua ocorrência e pelo discurso coletivo.

Neste sentido, a convivência entre modelos culturais estaria de certa forma determinando uma simbiose de atitudes diante da morte, o que exige e justifica a flexibilidade dos arranjos culturais, reflexo da eficácia simbólica dos rituais realizados. Daí a complexidade do contexto brasileiro, em razão de que a sua formação social está composta por variadas fontes de referências culturais e religiosas, submetidas a diferentes condições de existência, de modo que as práticas sociais se tornam duplamente significativas, tanto pela ordem cultural, quanto pela ordem social.

As atitudes têm o objetivo de reforçar os laços sociais diante da doença e da proximidade da morte, seja pela dissimulação plena, seja pela adoção de atitudes como a observada em João Pessoa. Com essa atitude, as famílias e os grupos contribuem para a legitimidade das práticas diante da morte, negociada entre as representações e as condições reais de existência. Essa experiência, uma vez transformada em discurso, serve para confirmar e reformular as concepções, valores e normas sociais compartilhados com os outros sujeitos sociais, os vizinhos e amigos, ou parentes distantes que a tomam como referência, dinâmica de solidariedade e socialização diante da morte.

Falamos de ritos, crenças, noções e representações que ocorrem perante ou em decorrência da morte, atribuindo sentido às atitudes, evitando o desespero e a desordem social e individual. Assim, são desencadeados os procedimentos práticos necessários ao encaminhamento do velório e do funeral – encomendar o caixão, definir o lugar do velório, a sepultura, etc.

Reconhecemos que o desaparecimento do semelhante conserva seu significado social, e que não se pode pensar num predomínio absoluto da atitude de negação da morte nas sociedades ocidentais. Persiste, no domínio da cultura, uma diversidade de condutas resultantes de diferentes visões de mundo, coexistindo formas diversas de atribuir significado à morte, numa relatividade que já havia sido lembrada por Hertz (1978). Trata-se das representações sociais do evento, que configuram uma noção e uma orientação, assegurando que os indivíduos estejam resguardados diante do fenômeno. Por mais que se fale da negação da morte e do tabu que a envolve, compartilhamos com outras sociedades a preocupação com a morte e os mortos, pensando nos vivos – os sobreviventes. Estes precisam ser tranquilizados para dar continuidade à suas próprias vidas.

No meu entendimento, o “morrer em casa” compreende uma atitude cultural para superação da finitude humana, instalada entre a representação

social da morte e a realidade social. Trata-se de uma prática social documentada através da declaração de óbito, o que confirma a legitimidade social, fundada na solidariedade com o moribundo. E que, enquanto evento cultural, nos direciona para a compreensão dos lugares, dos ritos, dos pensamentos e discursos elaborados sobre a finitude humana. O seu significado institui-se pela noção de morte ou, ainda, por uma noção de “boa morte”, capaz de superar os preconceitos e estigmas da doença que atingiu o moribundo e sua família.

ALLEGORIES ABOUT DEATH

the familiar solidarity in deciding the place of “well die”

ABSTRACT

The article focuses the theme of death and its consequences for the living, in the cultural context. The inspiration came from a study carried out in the city of João Pessoa – PB, on “dying at home”, taken as an attitude before death. The theoretical reference is provided by studies on death conducted such as Hertz (1978), Mauss (2003) and Thomas (1993), who approach death and funeral rites departing from their collective and symbolic aspect. The representations guide the attitude and the behaviors before death. The article approaches the place of the death as strategies developed by the families to answer to the demands of daily life. This paper also delineates the classification system of illnesses that lead to death, resulting in a practice that joins the space and the moment of death. Values are evidentiared for the arrival of a “good death”, restituting the natural cycle of the life: to die in one’s place.

Keywords: culture, death and good death, representations, place of death.

Notas

¹ Dissertação de mestrado defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba, em 1998, sob o título “Da morte biológica à morte cultural: um estudo sobre o morrer em casa em João Pessoa – PB”.

² Este artigo foi publicado pela primeira vez em 1907, na revista **L’Année Sociologique**,

aqui utilizamos a versão em italiano, publicada em 1978.

³ Utilizamos aqui a 2ª edição desta obra, publicada pela Editorial Teorema, Lisboa, 1989.

⁴ Trata-se de uma referência a Norbert Elias, em seu livro intitulado **La soledad de los moribundos** (1987), publicado pela Fondo de Cultura Económica.

⁵ Com o termo *Biopoder*, Michel Foucault se refere ao poder atribuído ao campo das ciências biomédicas para controle e vigilância sobre os corpos, contribuindo para a identidade social pela designação de doenças ou estados físicos.

⁶ Cabe esclarecer que, para o sistema de saúde, o médico é o profissional responsável pelas declarações de óbito, particularmente quando assiste o doente ou nos minutos finais de vida do moribundo, quando a causa da morte pode ser identificada. Para além destas situações, as declarações de óbito devem ser fornecidas pelos serviços de verificação de óbito, conhecidos como Institutos de Medicina Legal.

REFERÊNCIAS

ARIÈS, Philippe. **Sobre a História da morte no Ocidente**: desde a idade média. Lisboa: Editorial Teorema, 1989.

CORBIN, Alain. **Saberes e odores**: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CUNHA, Manuela Carneiro. **Os mortos e os outros**. São Paulo: HUCITEC, 1978.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1976.

ELIAS, Norbert. **La soledad de los moribundos**. México: Fondo de Cultura Económica, 1987.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1989.

HERTZ, Robert. **Sulla rappresentazione collettiva della morte**. Roma: Savelli, 1978.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MARTINS, José de Souza. (Org.) **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: HUCITEC, 1983.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

_____. “A expressão obrigatória dos sentimentos” (1921). In: CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto (Org.). **Marcel Mauss: Antropologia**. São Paulo: Ática, 1979.

MORIN, Edgar. **O homem e a morte**. Rio de Janeiro: Imago:, 1997.

REIS, João José. **A morte é uma festa**: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu da morte**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

RODRIGUES, Jocy Neves, SILVA, Laura J. Nunes e. **Ritos fúnebres populares do Maranhão**. São Luís: EdUFMA, 1981.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

THOMAS, Louis-Vincent. **Antropología de la muerte**. México: Fondo de Cultura Económica, 1993.

VAN GENNEP, Arnold. **Os ritos de passagem**. Petrópolis: Vozes, 1978.

VOVELLE, Michel. **Ideologías e mentalidades**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

ZIEGLER, Jean. **Os vivos e a morte**: uma “sociologia da morte” no ocidente e na diáspora africana no Brasil, e seus mecanismos culturais. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.