



FACULDADE RATIO  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

MARIA JOSÉ ARAÚJO AGUIAR

**O SIGNIFICADO DA MORTE PARA O PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL.**

FORTALEZA

2015

MARIA JOSÉ ARAÚJO AGUIAR

**O SIGNIFICADO DA MORTE PARA O PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL.**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Graduação em Serviço Social da Faculdade Ratio, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lucili Granjeiro Cortez

FORTALEZA

2015

A282s Aguiar, Maria José Araújo.

O Significado da Morte para o Profissional de Serviço Social. / Maria José Araújo Aguiar. Fortaleza, 2015.  
58 fls. Enc.

Orientador(a): Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lucili Granjeiro Cortez  
Monografia (Graduação) – Faculdade Ratio, Curso Serviço Social.

1. Morte 2. Serviço Social 3. Saúde I. Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lucili Granjeiro Cortez II. Faculdade Ratio, Graduação em Serviço Social III. Título

CDD 361  
CDU 364

MARIA JOSÉ ARAÚJO AGUIAR

**O SIGNIFICADO DA MORTE PARA O PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL.**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Graduação em Serviço Social da Faculdade Ratio, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lucili Granjeiro Cortez  
Faculdade Ratio

---

Prof.<sup>a</sup> Ms.<sup>a</sup> Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia  
Faculdade Ratio

---

Prof.<sup>a</sup> Ms.<sup>a</sup> Virzângela Paula Sandy Mendes  
Faculdade Ratio

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pai maravilhoso, por estar sempre presente em minha vida, guiando meus passos e me dando forças pra trilhar meu caminho, principalmente nos momentos que eu pensei que não conseguiria, nesse momento ele me pegou pelos braços e me levou! Hoje agradeço em especial, por me permitir vencer mais essa etapa!

Aos meus pais, Sebastião Gomes de Aguiar e Ester Mendes Araújo, em memória, por serem meus maiores exemplos!

As minhas queridas tias, Aparecida Araújo, Dulcimar Mendes e Nazinha Araújo, por terem me acompanhado ao longo de toda a trajetória da minha vida.

Aos meus irmãos: Fábio Aguiar, José Gomes Neto e Conceição Aguiar pelo exemplo de vida e amizade, e pelos momentos de descontração.

A todos os meus amigos, em especial, Edglê Chagas, Edency Lima, João José Antunes, meus queridos mosqueteiros, a Lourenço Lionzo, Jonelson Silva, Neidinha Aguiño, Ksin, Graziela Ribeiro pelo apoio nos mais diversos momentos, por aturarem minhas ligações nas horas mais importunas, minha ansiedade, meu falatório, proporcionando alguns dos melhores momentos da minha vida! Estes me mostraram que realmente amigos são irmãos que a gente pode escolher! Obrigado por vivenciarem tão intensamente este momento comigo, amo muito cada uma de vocês!

À minha orientadora, Professora Dr<sup>a</sup> Lucili Grangeiro Cortez, por me apoiar no processo de elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso!

Aos Professores Kelly Gomes, Hayeska Costa, Ana Paula, Erivânia Bernardino, Roberta Sá e Emanuel Bruno, pela contribuição, através de seus ensinamentos, para minha formação acadêmica. Em especial a Professora Ms<sup>a</sup> Virzângela Sandy e a Professora Ms<sup>a</sup> Maria Lúcia de Fátima pela disponibilidade em aceitar o convite para participar da banca examinadora contribuindo para o aperfeiçoamento deste trabalho.

À toda equipe do Serviço Social do Hospital por quem eu tenho um carinho muito especial agradeço pela disponibilidade e pelo apoio, não só neste trabalho mas nas tarefas

realizadas no decorrer do curso e também pelo apoio nos momentos mais difíceis que passei ao longo de todo o processo que envolveu a minha formação.

À todos os Assistentes Sociais, profissionais que trabalham buscando garantir os direitos da população, além da incessante luta por uma sociedade mais justa. Obrigado por me tornarem uma pessoa mais feliz, realizada, que ainda acredita em sonhos mesmo que muitos digam que eles não passam de uma utopia!

“Se quiseres poder suportar a vida, fica pronto para aceitar a morte. (1997, pág.17).”

FREUD, SIGMUND

## RESUMO

O objetivo central desta pesquisa é buscar os significados da morte para os assistentes sociais, sendo estabelecido como campo de pesquisa um Hospital Público na cidade de Fortaleza - CE. Para tanto, os sujeitos contemplados pela pesquisa foram cinco assistentes sociais escolhidos de modo a tentar atender toda a dinâmica do hospital, além de buscar os que mais lidam com a morte na sua prática cotidiana. Como recurso metodológico utilizou-se à análise qualitativa por meio de entrevistas semiestruturada. Dessa forma, o trabalho foi dividido em três capítulos que apresentam temáticas importantes para a compreensão desse fenômeno. O primeiro realiza uma breve apreciação de quais as principais atribuições conferidas à morte e como esta tem sido encarada ao longo dos tempos, o segundo faz um resgate histórico do Serviço Social no Brasil e como a profissão se inseriu no campo da saúde, além de vislumbrar teoricamente como o profissional lida com as situações de morte recorrentes de sua atuação. O terceiro e último capítulo apresenta os dados coletados na pesquisa. Com base nos resultados obtidos percebeu-se que o lidar com a morte é dotado de significados e que o modo de intervir frente à situação supramencionada é definido de acordo com cada assistente social. Portanto não foi possível estabelecer efetivamente um indicativo que defina quais os sentidos atribuídos ao óbito, visto que os profissionais possuem sua singularidade e distinção.

**Palavras-Chave:** Morte; Serviço Social; Saúde.

## **ABSTRACT**

The central objective of this research is to find the meaning of death for social workers, being established as a research field a public hospital in Fortaleza - CE. Therefore, the subjects covered by the survey were five social workers chosen to try to meet all the hospital dynamics, and seek the ones that deal with death in their daily practice. As a methodological resource used for the qualitative analysis through semi-structured interviews. Thus, the work was divided into three chapters that present important issues for the understanding of this phenomenon. The first carries out a brief assessment of what are the main responsibilities entrusted to death and how it has been viewed over time, the second is a historical social service in Brazil and how the profession was inserted in the health field, in addition to glimpse theoretically as professional deals with the death of recurring situations of their work. The third and final chapter presents the data collected in the survey. Based on the results obtained it was noted that the deal with death is endowed with meanings and how to intervene against the above-mentioned situation is set according to each social worker. Therefore could not be established effectively an indication that define which the meanings attributed to death, as the professionals have their uniqueness and distinction.

**Keywords:** Death; Social Service; Cheers.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- AAH – Associação Americana de Hospitais
- AAAMS – Associação Americana de Assistentes Médico-Sociais
- CEAS – Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo
- CF/88 – Constituição Federal de 1988
- DST – Doença Sexualmente Transmissível
- HP – Hospital Público
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- SSEC – Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
- SPA – Serviço de Pronto Atendimento
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2. AS REPRESENTAÇÕES DA MORTE</b> .....	15
<b>2.1 A morte ao longo dos tempos</b> .....	19
<b>3. O SERVIÇO SOCIAL: A INSERÇÃO NA SAÚDE E O LIDAR COM A MORTE</b> ..	27
<b>3.1 Serviço Social e Saúde</b> .....	31
<b>3.2 Serviço Social e o lidar com a morte</b> .....	35
<b>4. A CONCEPÇÃO DA MORTE NA ÓTICA DOS ASSISTENTES SOCIAIS EM UM HOSPITAL PÚBLICO</b> .....	39
<b>4.1 A compreensão da morte e a conduta dos Assistentes Sociais</b> .....	40
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	50
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	52
<b>APÊNDICES</b> .....	55

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo representa um esforço no sentido de produzir uma reflexão sobre o tema da tanatologia e suas interrelações com a prática do assistente social no âmbito da assistência hospitalar. Tratar o significado da morte para os assistentes sociais em um Hospital Público (HP) na cidade de Fortaleza - Ceará.

Em parte, toda proposta de pesquisa tem a ver com a biografia do pesquisador. Goldenberg (2000 apud FREITAS, 2007) afirma que a escolha de um tema de pesquisa não surge espontaneamente, mas é decorrente de determinada inserção do pesquisador na realidade. Em outras palavras: a opção do pesquisador por uma determinada questão de estudo é motivada, entre outras coisas, pelo questionamento acerca da própria realidade social na qual e com a qual se encontra envolvido.

Neste sentido, podemos dizer que a opção pelo tema aqui tratado foi motivada, inicialmente, por uma experiência durante o estágio em um HP. O que nos levou a questionar como os assistentes sociais intervêm frente à morte e quais os significados atribuídos quando esta se torna um evento frequente em seu dia-a-dia.

Outro importante fator que incitou o interesse pelo tema. Fez-nos ver que a tanatologia não se constitui somente de assuntos mórbidos ou fúnebres, visto em filmes de terror e sim, de uma forma de compreender a morte e desse modo viver a vida de forma mais verdadeira, dotada de sentido.

O objetivo central da pesquisa é compreender, os significados da morte para os assistentes sociais de um HP. A partir deste objetivo foram formulados os objetivos específicos, que são: identificar quais as funções e as principais intervenções atribuídas ao assistente social em um HP diante do óbito dos pacientes; perceber a visão que o assistente social tem sobre a morte; compreender como os significados sobre a morte atribuídos pelos profissionais, em seu cotidiano, podem interferir no processo de trabalho junto às famílias que sofreram perdas.

Ao trilharmos o caminho da busca de compreensão do fenômeno estudado, ocorreu a necessidade de eleger um referencial teórico-metodológico que, conexo com a proposta compreensiva, oferecesse acesso a uma estrutura sistemática de investigação que garantisse o desvelamento dos aspectos para os quais se busca obter maior significado.

Coerente com a metodologia foi utilizada a técnica da entrevista semi-estruturada, através da qual, utilizando-se um roteiro previamente elaborado, foram obtidos os relatos sobre e o significado da morte para o assistente social do HP, em Fortaleza. Para isto o roteiro utilizado procurou orientar

a fala do entrevistado para a sua história na área do Serviço Social e/ou tanatologia na instituição hospitalar.

Para Minayo (2004) a entrevista é iniciada de acordo com os interesses do entrevistador e destinada a fornecer informações para um objeto de pesquisa, e que pode ser abordado pelo entrevistador outros temas que sejam pertinentes com o objetivo da pesquisa. Minayo (1996) também afirma que a entrevista semi-estruturada é uma conversa a dois com propósitos bem definidos onde se aborda por meio de um roteiro prévio, as questões mais relevantes para o pesquisador. No entanto, esse roteiro deve servir de orientação e não de cerceamento da fala dos entrevistados, porque o que se visa não é em si, a relevância do pesquisador, e sim, a dos sujeitos em questão.

Este cuidado proposto por Minayo (1996) foi seguido, pois foi permitido que o entrevistado falasse livremente. Para que se conseguisse o máximo de espontaneidade possível, todas as entrevistas foram realizadas em locais sugeridos pelo entrevistado – locais estes que lhe dessem maior segurança e liberdade.

Evitou-se também interromper sua fala fluida deixando que a livre expressão preponderasse sobre o nosso desejo de direcionamento para os temas em questão. Somente, no caso de um desvio total do tema por parte do entrevistado foi que se procurou retornar ao tema proposto.

É importante destacar que a entrevista semi-estruturada, como afirmou Haguette (1992), está submetida aos cânones do método científico, um dos quais é a busca de objetividade, ou seja, a tentativa de captação do real, sem contaminações indesejáveis nem da parte do pesquisador nem dos fatores externos que possam modificar aquele real original. Triviños (1987) recomenda a gravação da entrevista, uma vez que esta técnica permite contar com todo material fornecido pelo informante.

Desta maneira, todas as entrevistas foram gravadas, e, posteriormente, transcritas de forma literal, garantindo a fidedignidade das informações, além de manter o anonimato dos entrevistados, uma vez que foram identificados por Entrevistada 1, Entrevistada 2, e assim por diante.

Já com relação às questões de identificação do entrevistado, foram destacadas o seu tempo de serviço na instituição, suas experiências na área da saúde e seu papel na relação Serviço Social e Tanatologia. Mais informações sobre os entrevistados foram intencionalmente omitidas para preservar-lhes o anonimato.

A pesquisa de campo envolveu entrevista com 05 das 24 assistentes sociais em atividade em um HP, atuantes diretamente nas áreas que apresentam maior relevância quanto ao número de óbitos, o que equivale a aproximadamente 21% do total dos profissionais em ação.

Os depoimentos dos entrevistados foram precedidos de explicação aos informantes sobre o objeto da pesquisa, ou seja, o que se buscou investigar foi o significado da morte para o assistente social na unidade de saúde; do anonimato das respostas, ou seja, que as informações fornecidas pelos entrevistados seriam apenas utilizadas para a dissertação em andamento; dos cuidados e da segurança que se teriam com as gravações, ou seja, que estas seriam guardadas e não colocadas à disposição de outros possíveis interessados, a não ser com autorização prévia dos informantes; e com o uso ético da transcrição feita.

As entrevistas foram realizadas mediante a leitura e assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em anexo, como forma de garantir o direito de livre expressão de adesão dos assistentes sociais à proposta de pesquisa. Todos estes cuidados foram seguidos objetivando o cumprimento dos princípios de uma pesquisa, conforme recomendados pelo comitê de ética da instituição.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora. Estas ocorreram no ambiente de trabalho dos assistentes sociais e, por este motivo, em alguns momentos tivemos que interromper os diálogos para que os mesmos realizassem atendimentos que, naquele momento, eram imprescindíveis. As entrevistas duraram, em média, 30 minutos e foram transcritas pela autora do trabalho. Após a revisão das transcrições, os depoimentos foram analisados. A análise e o diálogo com os assistentes sociais foram feitos durante a pesquisa de campo e fazem parte do terceiro e último capítulo.

O campo de pesquisa foi definido a partir da vivência da pesquisadora em um HP durante o período do Estágio Supervisionado I e II. Através de uma apurada revisão bibliográfica sobre a literatura em questão, observamos que o tema, apesar de ainda ser discutido com “certo pavor” pela sociedade, vem se constituindo atualmente como importante objeto de reflexão no campo de saúde. Contudo, a mesma revisão revelou que há, atualmente, uma significativa escassez de trabalhos sobre a morte no âmbito da literatura especializada do Serviço Social. Esta questão causou grande preocupação, mas, ao mesmo tempo, evidenciou a necessidade de investir no estudo do tema. Deste modo torna-se relevante a produção de reflexões sobre a relação dos profissionais de saúde com os assistidos, visto a atuação direta com situações de morte.

Com a realização da pesquisa bibliográfica constatamos a dificuldade de estabelecer de quais são as reais funções do assistente social, quando ocorre um óbito na unidade hospitalar, dificuldade identificada até entre os próprios profissionais de saúde, usuários e conselhos que regem os profissionais do Serviço Social, uma vez que muitos afirmam reconhecer a prática destes somente como o profissional “que dá notícia de morte”, enquanto outros afirmam veementemente que não é

competência do assistente social, já que é necessária, uma série de especificidades que somente um médico poderia dispor.

Apesar de ser atribuição médica informar o óbito, é muito discutido quando há necessidade da participação do Serviço Social nesta atividade. No trabalho a seguir buscam uma maior compreensão quanto a problemática exposta.

O estudo foi estruturado da seguinte forma. No primeiro capítulo foi privilegiado o estudo da morte através de dois tópicos: as representações da morte e a morte ao longo dos tempos. Os tópicos foram abordados de modo a realizar uma apreciação de como a morte é vista e vivenciada nas sociedades no decorrer dos séculos e quais foram as principais alterações no modo de lidar e interpretar a morte.

O segundo capítulo se constitui no resgate histórico do Serviço Social no Brasil, sua inserção na saúde e o lidar com a morte. Este capítulo tem o intuito de aprofundar um pouco a história do Serviço Social e buscar referências alusivas à intervenção realizada e à significação da morte para o assistente social.

No terceiro e último capítulo foram expostos os resultados da pesquisa de campo, realizada com as assistentes sociais do HP que tencionaram dirimir os questionamentos levantados durante os capítulos anteriores.

O trabalho a seguir não tem como intenção suprir todas as dúvidas que surgiram no decorrer da exposição visto a complexidade do tema estudado, mas é uma motivação para que a pesquisadora continue suas pesquisas.

## 2 AS REPRESENTAÇÕES DA MORTE

De acordo com Júnior (2005, p. 13-15), o homem apresenta-se, supostamente, como o único animal que sabe por antecipação da sua condição de ser mortal, portanto, diferente de todos os outros. O ser humano sofre para além do presente, nas dimensões do passado e do futuro e se pergunta pelo sentido da vida, visto que em um dado momento ela cessará. Para Kovács (1992) o que diferencia o homem dos animais é a consciência de sua finitude e da própria morte. A autora enuncia que o homem:

[...] tem um nome, uma história, tem o status de um pequeno deus em relação à natureza. Por outro lado, possui um corpo que sente dor, adoece, envelhece e morre. O homem está bipartido: ao mesmo tempo em que sabe de sua originalidade e poder de criação, reconhece sua finitude de forma racional e consciente. Vive toda sua existência com a morte presente em seus sonhos, fantasias. Durante toda a sua existência o ser humano tenta driblar esse saber, essa consciência, e age como se fosse imortal. (KOVÁCS, 1992, p. 25).

Segundo a referida autora o homem “é determinado pela consciência de sua mortalidade e por uma subjetividade que busca a imortalidade.” A autora cita que o “grande paradoxo humano” é compreendido como sentimento de poder alusivo à percepção de toda a capacidade existente no ser, porém em discrepância há mortalidade do corpo que corresponde as manifestações animais. (KOVÁCS, 1992, p. 26).

Dessa forma, discorrer sobre a morte sempre foi um desafio para o ser humano, pois embora consciente de sua existência, a maioria se esquivava dessa certeza. Dentre os fatores que ocasionam a fuga estão a dúvida quanto ao momento de sua ocorrência, seu caráter de irreversibilidade e o mistério da pós morte. A análise desses fatos conduz a uma reflexão sobre a interligação da vida com a morte. A morte pode ser uma passagem - como tantas outras que ocorrem ao longo da existência; pode ser também a continuidade de um processo que busca outra existência, ou ainda, o fim de tudo.

Para Maranhão (1998), a morte tem passado por “metamorfoses”, que ocorrem de maneira cada vez mais aceleradas. Em uma apreciação sobre a morte, intitulada O que é Morte? o autor afirma:

[...] a morte já não é mais um destino. O que existe é a sua relação negativa com o sistema de produção, de troca e de consumo de mercadorias. É o estado de não-produção, de não-consumação. Ao negar a experiência da morte e do morrer, a sociedade realiza a coisificação do homem. (MARANHÃO, 1998, p. 19)

Brow (1972, p. 98) refere-se à morte como algo capaz de provocar no homem a coerção de sua própria individualidade. Ela cita que: “se a morte proporciona individualidade na vida e se o homem é o organismo que reprime a morte, então o homem é o organismo que reprime sua própria individualidade”.

Dessa forma, morte e vida ligam-se intrinsecamente, são conceitos respectivos, face a relação de dependência que uma exerce na outra. Sem vida não há morte e vice-versa, embora as visões construídas sobre ambas sejam completamente distintas. Tomando novamente Maranhão (1998, p. 45) para elucidação, podemos intuir que “a reflexão sobre a morte é uma reflexão sobre a vida. Não é possível analisar o sentido da vida sem se deparar com o problema do sentido da morte e vice-versa. Ambas as análises conduzem ao mesmo resultado”.

Essa relação entre morte e vida, fez com que os homens criassem cultos de passagem fúnebres, com o objetivo de cumprir funções fundamentais no mundo dos vivos. Sobre essas funções Florenzano (1996, p. 78) nos lembra que na Grécia antiga, o culto aos mortos, “tinha o sentido de reparar um sentimento de perda comum diante da morte”. Nesse sentido, o culto cumpre a função de conformidade e consolação do sentimento de perda.

Disfarçada por vários motivos, a morte segue novos destinos, alterando seus antigos rituais e substituindo-os pela ocultação do acontecido. Dessa forma, ocorre a fuga e o distanciamento da única determinação que há na vida. Até o processo sofre alteração, não se falece mais como antigamente, a morte teve que se adaptar às exigências do mundo moderno. Quanto às designações e às necessidades do luto, o historiador Philippe Ariès (2003, p. 245) assim analisa o fenômeno da morte no ocidente:

[...] O “luto” foi, entretanto, até nossos dias, a dor por excelência cuja manifestação era legítima e necessária. As designações arcaicas da palavra dor (*douleur*, *dol* ou *doel*) permaneceram na língua, mas com o sentido restrito que reconhecemos a palavra luto (*deuil* – em francês). Muito antes de ter recebido um nome, a dor diante da morte de alguém próximo já era a expressão mais violenta dos sentimentos mais espontâneos.

O luto representava a mais perfeita expressão da dor. Dar continuidade ao luto era demonstrar socialmente a importância do ente perdido e, principalmente, revelar a dor que ainda se sentia em relação a essa perda. Era, em última apreciação, uma prova de respeito para com o morto em especial, para com a morte.

Os rituais que celebram o fenômeno da morte definem a construção de uma passagem no imaginário social. Simbolizam, portanto, as crenças sobre outra existência, idealizada pós-vida

terrena. Os rituais mudam com a sociedade, representando assim, a maneira de conceber a existência humana. Com as mudanças nos rituais há as ressignificações da vida e, conseqüentemente, da morte. Desta forma, o ato de velar os mortos traduz a confirmação de crenças e a maneira como a sociedade vê e convive com a situação abordada.

Embora a sociedade moderna consiga, a cada dia que passa, elevar a expectativa de vida da população, tais avanços não são suficientes para deter a morte, cabendo ao homem contemporâneo aceitá-la. Tal concordância não ocorre de maneira fácil. Ainda é comum a rejeição da ideia de possibilidade da morte. Torna-se necessário, além de instaurar essa consciência que visa a aceitação, romper com a fuga da realidade existente, não mais mascarando-a. (KOVÁCS, 1992).

Existem também aqueles que temem não só a experiência da morte, mas também o que pode incidir após o fenômeno. Kovács (1992, p. 16) afirma que as pessoas podem relacionar o medo da morte aos seguintes aspectos:

**Medo de morrer:** Quanto à própria morte, surge o medo do sofrimento e da indignidade pessoal. Em relação à morte do outro é difícil ver o sofrimento e desintegração, o que origina sentimentos de impotência por não se poder fazer nada.

**Medo do que vem após a morte:** Quando se trata da própria morte e o medo do julgamento, do castigo divino e da rejeição. Em relação à do outro, surge o medo da retaliação e da perda da relação.

**Medo da extinção:** Diante da própria morte existe a ameaça do desconhecido, o medo de não ser e o medo básico da própria extinção. Em relação ao outro, a extinção evoca a vulnerabilidade pela sensação do abandono.

Além das formas citadas, o medo do cadáver e o medo em ser sepultado vivo, contribuíram para a difusão do receio diante da morte. Segundo o próprio Ariès (2003, p. 105):

Apenas a partir dos séculos XIX e XX a recusa ou o pavor da morte invadirá extensões inteiras da civilização ocidental. Antes disso, os fatores de mudança são de outra ordem: atêm-se à consciência que cada um toma de sua individualidade ou, ao contrário, ao sentimento pelo qual cada um se abandona a um *fatum* coletivo.

Outra questão a ser abordada refere-se ao fato da morte não fazer distinção entre as pessoas. Nesse sentido, ela tomaria todos enquanto iguais, independente das condições sociais de cada um. Porém, mesmo que a morte seja um destino comum a todos os homens, eles são desiguais diante da morte. Maranhão (1998, p. 21) afirma que: “Todos morrem - é certo -, contudo a duração da vida e as modalidades do fim são diferentes segundo as classes a que cada um pertence.”

É facilmente perceptível a diferença entre os mais abastados e a classe menos favorecida. Basta observar a imponência e a pompa dos velórios e túmulos frente à simplicidade dos menos favorecidos. Os ritos funerários tornaram-se um grande mercado lucrativo, sendo interpretado pelo

capitalismo como uma forma de lucrar e não mais, como anteriormente, à despedida de um ente querido. Quanto a essa desigualdade dos homens diante da morte, Ariès (2003, p. 105) apresenta uma analogia entre a riqueza e a pobreza na Idade Média:

A relação entre a morte e a riqueza ou a pobreza pode ser considerada de duas maneiras. Uma delas diz respeito à demografia, à desigualdade diante da doença e sobretudo da peste. A outra,... diz respeito à diferença entre as atitudes existenciais diante da morte do rico e do pobre. Eliminemos imediatamente a interpretação anacrônica que consistiria em opor a revolta de um à resignação de outro.

Outro ponto importante a ser destacado é remanescente à impossibilidade de imaginar a própria morte. Uma vez que, para isso, o indivíduo torna-se espectador de sua própria história. Segundo Maranhão (1998, p. 30):

[...] a própria natureza do conhecimento humano parece contribuir para reprimir a consciência da morte pessoal. O pensamento da morte não corresponde à imagem da nossa própria morte; a imagem de nossa morte escapa à nossa capacidade de representação. Sempre que o homem tenta imaginativamente se ver como morto (no seu enterro, por exemplo), jamais consegue eliminar o seu “eu”, visto que ele permanece precisamente como o espectador. Para se imaginar morto é preciso estar vivo. Portanto, é impossível pensar a própria inexistência sem cair numa contradição.

Dessa forma a simples ação de idealizar o momento da morte se torna irreal visto que a análise requer a presença do indivíduo quanto ser vivo na cena imaginada. A partir dos aspectos levantados pode-se avaliar que a materialidade da vida humana nega a experiência da morte, que se apresenta como uma ruptura, uma quebra no sistema de produção, portanto algo que tende a, excluí-la do meio social. A negação da morte advém, em especial, do temor do que é desconhecido, do que é ignorado e distanciado. É o receio de separar-se dos que são estimados e amados. Há o medo da separação das conquistas materiais, da vivência social, de tudo que rodeia o homem, além dos receios sobre o que lhe ocorrerá na pós-morte, visto que é algo somente teorizado, vivenciado apenas por suposições.

Desse modo, enquanto houver a negação da morte e o distanciamento na busca por uma reflexão acerca desse fenômeno, ela será encarada apenas enquanto essa ruptura entre o conhecido e o desconhecido, entre o ser e não ser, tornando-se um determinante que regula toda a existência de forma negativa já que não auxilia a compreender a vida e sim, a negar seus significados. (MARANHÃO, 1998).

Desta forma, dada a abordagem até o presente momento cabe aqui colocar que o tópico 2.1 irá trazer de forma mais aprofundada a percepção da morte ao longo dos tempos.

## 2.1 A morte ao longo dos tempos

Quase todas as culturas e religiões creem na possibilidade de outra existência após a morte. Os antigos egípcios acreditavam na imortalidade da alma e no regresso para o corpo. Diante disso, desenvolveram seus cultos reafirmando esse pensamento. Os ocidentais creem no paraíso e no inferno, bem como no purgatório, acreditam no julgamento dos mortos – juízo final e no apocalipse. Os espíritas ou kardecistas, creem na reencarnação do espírito, que depois de cumprir sua missão na terra, independentemente do número de vidas que possa viver, torna-se um ser perfeito. A morte, também, pode ser interpretada como a punição de Deus pelos pecados do homem. Enfim, as explicações são as mais variadas estando intrinsecamente ligadas às crenças e aos costumes de cada cultura.

Independentemente das definições expostas, na sociedade contemporânea, são poucos os que aceitam a morte, visto que os indivíduos buscam cada vez mais a imortalidade ou a extensão ao máximo da vivência no plano terreno. Para Ariès (2003, p. 102) no que concerne ao desejo de imortalidade ao abordar a morte, este é um assunto interditado. O mesmo autor afirma ainda que:

Tudo se passa como se nem eu nem os que me são caros não fôssemos mais mortais. Tecnicamente, admitimos que podemos morrer, fazemos seguros de vida para preservar os nossos da miséria. Mas, realmente, no fundo de nós mesmos, sentimo-nos não-mortais.

Ao longo da história foram instituídas várias formas que garantiam a perpetuação ou traziam consigo maneiras de estender a vida terrena. Inicialmente, o homem criou à escrita, organizou-se em sociedades, tornou-se sedentário e civilizou-se. Através de tais atos o homem garantia que seus feitos fossem eternizados e, com eles, a lembrança de sua existência para com o restante da sociedade.

A ciência médica, também, desde as técnicas de mumificação, se consolidou e evoluiu de maneira cada vez mais intensa, alcançando avanços constantes, como transplantes, cirurgias computadorizadas acrescidos de apoio em significativos avanços biotecnológicos, além da informática e da robótica. Na atualidade problemas de saúde que anteriormente ocasionavam a morte foram superados dando uma maior qualidade de vida aos atingidos por estas enfermidades e a sociedade como um todo. (KOVÁCS, 1992).

O enfrentamento e a explicação para a finitude da vida modificou-se de acordo com o momento histórico e as sociedades. Durante muito tempo o indivíduo se preparou, desde sua

infância, para “a partida”. Havia o que era chamado de *ars moriendi*<sup>1</sup>, uma arte de morrer, composta por xilogravuras criadas para apresentar a preparação e a arte de morrer e renascer na sociedade medieval, através de imagens que mostravam todas as tentações que o enfermo passaria e teria que resistir, para alcançar a vida eterna. (KOVÁCS, 1992).

As pessoas costumeiramente sabiam que sua hora estava chegando, em virtude de sinais, avisos internos, ou externos, sendo que era mais comum morrer de epidemias ou guerras, com isso o trajeto da morte era previamente estabelecido. O sujeito costumava morrer em casa acompanhado de seus entes queridos, tendo o auxílio dos que estimava. Kovács (1992, p. 33) descreve como ocorriam os preparativos para a cerimônia: “A morte era esperada no leito, numa espécie de cerimônia pública organizada pelo próprio moribundo. Todos podiam entrar no quarto, parentes, amigos, vizinhos e, inclusive, crianças. Os rituais de morte eram cumpridos com manifestações de tristeza e dor, que eram aceitas pelos membros daquela comunidade. O maior temor era morrer sem as homenagens cabidas”.

Desta forma, como pode ser observado por meio da afirmativa supracitada por Kovács (1992), a morte possui significados diversos ao longo do tempo. Já para o famoso historiador francês Philippe Ariès assim relata o fato:

Era importante que os parentes, amigos e vizinhos estivessem presentes. Levavam-se as crianças – não há representação de um quarto de moribundo até o século XVIII sem algumas crianças. E quando se pensa nos cuidados tomados hoje em dia para afastar as crianças das coisas da morte! (ARIÈS, 2003, p. 34-35).

Até o início da década de 1980, percebemos que as crianças participavam dos velórios, elas não eram afastadas dos rituais da morte, como acontece na atualidade. A morte nos hospitais era destino apenas dos desprovidos de família e de posses. A análise de Freitas (2007) fez as seguintes observações sobre a dinâmica hospitalar:

O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se corretamente, nesta época, que o hospital era um morredouro. (FREITAS, 2007, p. 35).

---

<sup>1</sup> Nome de dois textos latinos relacionados e que datam de cerca de 1415 e 1450, aconselhando sobre os procedimentos de preparação para uma boa morte, de acordo com os preceitos cristãos da Idade Média. Foram escritos dentro do contexto dos efeitos da Peste Negra, que havia assolado a Europa. Foram traduzidos para a maioria das línguas européias e foram dos primeiros guias de como morrer da tradição ocidental. (KOVÁCS, 1992).

A instituição hospitalar era vista como necessária apenas para os doentes sem família, uma vez que o significado desta era cuidado e afeto, desejo comum de cura para com o seu próximo.

O hospital não surge para cumprir o objetivo de instrumento terapêutico, não se destinando a curar doenças. O hospital, antes do século XVIII, cumpria o papel de prestar assistência aos pobres, com o intuito de proteger o restante da população de possíveis ameaças de contágio, evitando assim uma conseqüente desordem econômico-social. Segundo Foucault (apud FREITAS, 2007), os hospitais além de espaço de prestação de assistência, também eram uma instituição de separação e exclusão.

Durante a Idade Média os enterros eram realizados nas igrejas próximas aos santos, que simbolizavam proteção. No decorrer dos tempos com o crescimento das cidades e da população e por razões de salubridade, essa funcionalidade foi substituída. Os locais de enterros foram transferidos para longe dos centros das cidades, transformando-se também, de acordo com Kovács (1992), em lugares de passeio, descanso e oração, gerando um convívio mais agradável entre vivos e mortos.

Outra importante fonte para a análise da mentalidade e dos costumes da sociedade nos séculos XIV e XV é por intermédio dos testamentos, que não apenas tinham a função de distribuir os bens materiais do indivíduo, mas também expressar os anseios e últimos desejos do sujeito. Kovács (1992) descreve como os tais documentos expressavam a realidade vivenciada:

Os testamentos antigos constavam em duas partes, uma com as fórmulas piedosas e outra com a distribuição das fortunas. Testar era um dever da consciência. Os testamentos da Idade Média constatavam de uma profissão de fé, confissão dos pecados, recomendação da alma, escolha da sepultura e transmissão dos desejos em relação aos sobreviventes. Na segunda parte, os testamentos regulamentavam a transmissão dos bens, deixavam em ordem as coisas temporais – nessa época era muito importante doar as riquezas à igreja e portanto, garantir a salvação para a vida eterna, já que o reino dos céus era dos pobres e bem-aventurados de espíritos. (KOVÁCS, 1992, p.34).

A autora também cita as práticas representativas do luto e morte na sociedade medieval. Um exemplo seria a utilização de vestimenta preta, o motivo citado para origem da prática:

No ocidente usa-se preto num costume que data do paganismo. Na sua origem não tinha nada a ver com piedade ou forma de demonstrar tristeza, uma forma de expressar o medo. Relacionava-se, não como respeito e sim com o horror dos mortos. O preto era um disfarce assim o fantasma do morto não reconhecia o vivente para caçá-lo. O uso do preto incluía o véu, pois acreditava-se ser uma forma de proteção contra a própria morte. Essa cor era designada para confundir o próprio demônio, que estava caçando outras vidas. Algumas raças usavam a pintura de face em branco e preto, como uma forma de enganar o morto, que acreditava que os

enlutados também eram fantasmas e não criaturas vivas, que poderiam ser invejadas por ele. [...] O preto também contém o simbolismo da noite da ausência de cor para expressar o abandono e a tristeza. [...] também criava paz e serenidade interiores (KOVÁCS, 1992, p. 35).

O homem temia, com maior ênfase, o que ocorreria após sua morte, o julgamento da alma, sua ida para o inferno ou céu. Era desse modo que normalmente a morte era apresentada e vivenciada pela população até o início do século XX.

A partir da revolução industrial e o advento do capitalismo, que prega a liberdade, a individualidade exacerbada, o culto ao corpo, ao consumismo, ao “novo” e ao “movimento constante”, acentua-se o medo da morte<sup>2</sup>. As relações do homem com a morte do próximo e de si mesmo passaram a ser encaradas como um tabu, papel anteriormente ocupado pelo sexo. O que antes era debatido em rodas de conversa passou a ser evitado e escondido, tornando-se um assunto interdito.

Na sociedade atual, o pensamento racional se lastreou na sociedade capitalista pós-iluminismo, daí toda uma racionalidade empírica passou a vigorar na sociedade, gerando uma decaída da metafísica e das crenças religiosas, que não desapareceram, mas ficaram em segundo plano diante do pensamento científico. A religião, que durante muito tempo justificava o comportamento humano, passou a perder seu espaço para a ciência, que tornou o maior guia e a explicação para os mistérios da humanidade. (KOVÁCS, 1992).

O desenvolvimento da medicina prolongou a vida dos pacientes, consistindo em um grande passo para o desenvolvimento da humanidade, porém essa evolução não acompanhou no que concerne a assistência na hora de morrer. “A morte tornou-se um ato solitário, impessoal e desumano.” (GOMES; RUIZ, 2006, p. 18).

Apesar dos avanços da ciência na contemporaneidade esta não pode explicar, ou vencer a morte. De acordo os autores supracitados: “A ciência mesma é a grande fonte de nossas dúvidas e certezas, pois ela é que garante possibilidades de vida maior e mais segura. O problema é que a ciência não debelou aquilo considerado o mal maior: a morte”. (GOMES; RUIZ, 2006, p. 39).

O homem moderno rejeita a experiência da morte, transforma seus cultos ou simplesmente, escamoteia esses ritos paulatinamente. Modifica não só os rituais como tudo aquilo relacionado à morte e aos sentimentos para com os mortos. Se a morte é apreendida como algo que merece ser interdito é em virtude da maneira como o homem moderno concebe a vida e nega a experiência da morte. Uma vida voltada para os valores que prezam as alegrias, a produtividade, o consumismo,

---

<sup>2</sup> Ver Bauman (2007) Vida líquida, que trata da sociedade de consumo capitalista e os rebatimentos na subjetividade contemporânea.

os prazeres e o corpo, não pode aceitar a morte como algo natural, uma vez que esta representa a quebra desses valores.

Outra grande modificação ocorrida na contemporaneidade é alusiva à forma que se deseja que a morte ocorra. Nas sociedades precedentes era usual a aspiração pela morte lenta, onde o homem podia programar-se e despedir-se de todos. Já na atualidade há uma apreensão com a morte gradual, sendo a pretensão da maioria a morte repentina.

A nova maneira de encarar a morte, na prática, representa também os novos cultos funerários, mais simples e sem demonstrações de dor ou desespero. Para Maranhão (1998, p. 09): “muitos traços ainda lembram os antigos costumes, porém, o seu sentido original foi esvaziado. A morte, tão presente, tão doméstica no passado, vai se tornando vergonhosa e objeto de interdição”.

Os novos cultos aos mortos lembram, em outra análise, a maneira como a modernidade concebe a vida, daí porque a morte passou a ser ocultada, já que a forma de lidar com a vida não permite a existência da morte. Para Ariés (2003) que auxilia a concluir a visão moderna que o homem possui sobre a construção ou desconstrução dos rituais de morte:

O culto moderno dos mortos é um culto da lembrança ligado ao corpo, à aparência corporal. Vimos como surgiu no século XVIII e como se desenvolveu no século XIX. Sua simplicidade, sem dogma nem revelação, sem sobrenatural e quase sem mistério, faz pensar no culto chinês dos ancestrais. Assimilado tanto pelas igrejas cristãs quanto pelo materialismo ateu, o culto dos mortos tornou-se hoje a única manifestação religiosa comum aos crentes e aos descrentes de todas as confissões. Nasceu no mundo das luzes, desenvolveu-se no mundo das técnicas industriais, pouco favoráveis à expressão religiosa e, entretanto, naturalizou-se tão bem que esquecemos suas origens recentes. Sem dúvida porque correspondia justamente à situação do homem moderno e, particularmente, ao lugar tomado em sua sensibilidade pela família e pela sociedade nacional. (ARIÉS, 2003, p. 87).

Notamos facilmente a supervalorização que o homem moderno dá à vida e, em especial, aos elementos da vida: o corpo é o principal desses elementos. Cultuando o corpo valoriza-se a vida e tudo que ela possa oferecer. A morte – símbolo da imperfeição da vida – demonstra uma quebra dos laços ligados ao corpo, à existência, enfim à vida, daí o motivo de omiti-la. Por mais que a vida e a morte estejam intrinsecamente ligadas, afinal uma permite a existência e inexistência da outra, não há o intuito de cultuar a morte, pelo menos não como faziam no passado.

A percepção da vida está diretamente ligada ao corpo, ao cuidado que se deve ter com ele. Busca-se uma beleza quase irreal vivendo muitas vezes em busca desse sentido, se tornado escravo da estética que supõe ser natural. A morte destrói esse sentido, ela retira a possibilidade de

perfeição, uma vez que a mortalidade desconfigura a beleza com o decorrer do tempo. Negar a experiência da morte é tentar alcançar a beleza almejada.

Em épocas remotas o homem percebia beleza na morte, encarava esse fenômeno de maneira romântica e inadiável. Hoje, esta é encarada de maneira completamente diferente, mesmo com a certeza inalienável da mortalidade, uma grande parcela dos atos humanos remete a busca incontrolável pela imortalidade. Dessa forma, são construídos novos rituais ligados à morte assim como novas maneiras de também cultivar a vida. Embora vida e morte estejam intimamente ligadas, acaba bipolarizando esses cultos, hora em torno da vida, hora em torno da morte. Na atualidade, também foi modificado quanto ao local da morte, de acordo com Ariés:

Morre-se no hospital porque este tornou-se o local onde se presta os cuidados que já não se pode prestar em casa. Antigamente era o asilo dos miseráveis e dos peregrinos; primeiro tornou-se um centro médico, onde se cura e onde se luta contra a morte. Continua tendo essa função curativa, mas começa-se também a considerar um certo tipo de hospital como o lugar privilegiado da morte. Morre-se no hospital porque os médicos não conseguiram curar. Vamos ao hospital não mais para sermos curados, mas precisamente para morrer. (ARIÉS, 2003, p. 85).

Outra forma de resistência à morte está na maneira como se encara a perda. A demonstração de dor na sociedade atual é vista como ridícula, escandalosa, portanto, deve-se comportar a dor e enquadrá-la aos moldes de sofrimento do homem contemporâneo. Chorar a morte é lembrar aos demais a sua condição de mortal.

A morte representa a ruptura do modo de produção, uma vez que retira o homem desse processo de produtor e consumidor social, negando a experiência da morte ou ocultando suas práticas, se está de certa forma, dando continuidade ao processo produtivo sem incômodos com a possibilidade de perda, não demonstrando a dor mascarando-se a morte e fingido-se sua inexistência.

Numa sociedade tecnologicamente desenvolvida, a morte passou a ser vista como uma contradição, uma espécie de intrusa, algo repugnante, do qual ninguém quer ouvir falar. Ela simboliza um dano irreparável, trazendo quase sempre um sentimento de angústia, solidão e desespero, uma perda em muitos sentidos. Afinal quem morre perde a vida, quem fica perde o parente, o amigo, enfim alguém importante que ocupava um lugar específico no meio social.

É necessário recordar que foi a sociedade industrial que retirou os velórios de dentro da casa, não só pela estrutura física dos apartamentos, mas principalmente pelo incômodo que a morte acarretava psicossocialmente para os indivíduos oriundos da categoria. Passou-se a se velar os defuntos nos próprios cemitérios, em lugares criados exclusivamente para a realização dos novos ritos fúnebres. Ainda tomando a análise teórica de Maranhão (1998, p. 15), este afirma que: “[...] na

sociedade industrial não há lugar para os agonizantes: são indivíduos que não produzem, não consomem, não acumulam, não respondem aos seus apelos, não competem, não se incomodam com o progresso, com o tempo nem com o dinheiro”. Na Sociedade Contemporânea, diferente da realidade dos séculos anteriores, raras vezes se ouve dizer de alguém morrer em casa. Ariès (2003) analisa este fato afirmando:

A morte recuou e deixou a casa pelo hospital; está ausente do mundo familiar de cada dia. O homem de hoje, por não vê-la com muita frequência e muito de perto, a esqueceu; ela se tornou selvagem e, apesar do aparato científico que a reveste, perturba mais o hospital, lugar da razão e técnica, que o quarto da casa, lugar dos hábitos da vida quotidiana. (ARIÈS, 2003, p. 293).

Na atualidade, os avanços da ciência permitiram que fosse elevada a expectativa de vida da população. Com isso uma maior parcela de pessoas passaram a estar susceptível a enfermidades crônicas e degenerativas, estando acometidos por um processo de morrer mais lento e gradual. Esse fator ocasionou problemas na área da Saúde Pública, como a inexistência de recursos para atender a demanda, gerando, dessa forma, a exclusão de um grande contingente de indivíduos da assistência médica de qualidade e crescendo o sofrimento, na maioria das vezes, do usuário da saúde.

No máximo, os problemas vinculam-se ao processo de morrer, a partir do momento em que a definição quanto à hora da morte torna-se um fato incerto sobre o debate da eutanásia, distanásia, suicídio assistido e ortotanásia elementos de suma importância para analisar o evento, como será visto a seguir. A eutanásia, do grego boa morte ou morte digna, seria uma forma de oferecer a morte sem sofrimento a um doente que está com uma doença incurável ou fora de possibilidades terapêuticas. Essa atividade é proibida em vários países, entre eles o Brasil, onde sua prática é considerada homicídio.

O debate alusivo à legalização da eutanásia tem muita controvérsia, visto que os que defendem tal atitude se baseiam na argumentação de que é desnecessário prolongar o sofrimento de um paciente terminal irreversível, além, de buscar poupar a família de um maior dispêndio e sofrimento. O Estado também se beneficiaria com a efetivação da prática, já que seria reduzida a superlotação dos leitos hospitalares e os custos com medicação e o tratamento. Há também a concepção que prega a liberdade de escolha do indivíduo, intuindo o respeito à vontade própria. Porém a concretização desse exercício ocasiona revolta por parte das igrejas, que não aceitam em hipótese alguma a eutanásia. Além disso, o parente que autorizar o procedimento pode vir a padecer de forte sentimento de remorso, visto que os avanços tecnológicos garantem uma longa sobrevivência aos pacientes e, com o tempo, há a possibilidade de cura para a enfermidade acometida.

Outros importantes pontos a serem levados em questão dizem respeito à redução na confiança da relação médico/paciente, que a qualquer momento pode encerrar a vida do ser; a autorização de familiares a prática atrelados a interesses pessoais, e não ao bem estar do indivíduo, como herança, pensões, entre outros; e a possibilidade do paciente fazer a escolha baseado em sentimento que pode não corresponder à realidade existente, de forma que este venha a se sentir um peso na vida de seus familiares, optando pela eutanásia como um solução para os problemas apresentados.

O suicídio assistido ocorre quando uma pessoa busca ajuda de outra pessoa para morrer, já que sozinho ele não consegue efetivar o ato, onde o sujeito sempre está consciente e decide qual fim deseja para sua vida. A intervenção também não é permitida em vários países, podendo levar à cadeia aos que a auxiliarem. Tanto a eutanásia como o suicídio assistido equivale a atos realizados pela vontade do indivíduo para alcançar o fim da vida terrena. .

Já a distanásia representa a morte vinculada ao sofrimento físico e psicológico, tornando-se uma agonia profunda. O procedimento citado ocorre devido à busca desenfreada dos profissionais de saúde e da própria família, em manter viva uma pessoa que está seriamente debilitada através de tratamento desproporcional que efetivamente pode garantir por mais uma temporada a vida do sujeito, porém de forma dispendiosa e ineficaz, visto que o paciente, muitas vezes, está inconsciente e internado em hospitais que não permitem o contato mais próximo com os parentes.

Outro conceito pouco difundido, mas de profundo significado, de acordo com Batista e Schramm (1984)<sup>3</sup> corresponde à ortotanásia (do grego - orthós: normal, correta e thánatos: morte) que equivale à morte natural, em seu tempo certo sem o prolongamento desnecessário, distanásia, ou o abreviamento do morrer, eutanásia.

Através da abordagem realizada pode-se constatar o quanto a morte passou por modificações no decorrer dos séculos. Antes a temática era vivenciada e discutida por todos, hoje ela está escondida como um assunto proibido e interdito. A partir da análise nota-se que, embora a morte é tida como um assunto de difícil atuação, face aos temores e angústias que estão a ela ligadas, evitar a discussão e compreensão do assunto apenas ocasionará no maior despreparo no lidar com o problema, visto que negar a morte é de certo modo negar a vida.

Por fim, cabe colocarmos que o próximo Capítulo irá tratar sobre o Serviço Social, sua inserção na Saúde e o lidar com a morte.

---

<sup>3</sup> Ver artigo intitulado: “Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia.” BATISTA, Rodrigo Siqueira e SCHRAMM, Fermin Roland. Trabalho realizado no departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz e no Núcleo de Estudos em Filosofia e Saúde, Fundação Educacional Serra dos órgãos. Aprovado em 11/09/2003.

### 3 O SERVIÇO SOCIAL: A INSERÇÃO NA SAÚDE E O LIDAR COM A MORTE

O Serviço Social surge no Brasil com o processo de industrialização e a concentração urbana, no momento em que há o aprofundamento das contradições capitalistas. Em sua fase monopolista, marcada pelo afloramento das múltiplas expressões da questão social é expressa por Iamamoto (2001) como:

[...] conjunto das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção contraposto a apropriação privada da própria atividade humana- o trabalho-, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. É indissociável da emergência do 'trabalhador livre', que depende da venda de sua força de trabalho com meio de satisfação de suas necessidades vitais. A questão social expressa, portanto disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal. (IAMAMOTO, 2001, p. 16-17).

Embora a Questão Social tenha sido debatida com maior ênfase nesse momento, não significa que esta já não existia anteriormente. Somente sua denominação foi reformulada com o capitalismo monopolista, pois sempre houve desigualdades sociais. Dentro do contexto histórico, era nessa fase que o proletariado passou a lutar por melhorias na sua condição de vida. Assim, tornou-se necessário o surgimento de meios que mantivessem sob controle as classes menos abastadas.

A institucionalização e profissionalização do assistente social ocorreram com o imperativo, por parte das classes dominantes, de atuar dentro dessas novas demandas de forma que o proletariado estivesse sob sua tutela, evitando, dessa forma, que os trabalhadores se unissem e pudessem lutar contra o sistema capitalista e desestruturá-lo. Portanto a profissão nasce ligada intrinsecamente à Igreja Católica e a ideologia dominante como resposta à Questão Social vigente. Cabe ressaltar que:

O Serviço Social surge num momento em que o modo de produção capitalista define a sociedade em que a Igreja se insere. É também um momento em que a ideologia das classes dominantes não é mais da Igreja. [...] Esta passa a ser difundida por outras instâncias da Sociedade Civil e Política, que são os grupos e classes que mantêm o monopólio dos meios de produção. O tom do discurso das encíclicas sociais, que orientam a ação do apostolado laico, já em si, claramente, pró-capitalista e opõe-se radicalmente ao socialismo. A crítica limita-se aos "excessos" e não se atem ao modo de produção e a seu caráter histórico. (IAMAMOTO, 1986, p. 236).

Dessa forma pode-se observar a união entre Estado e Igreja em busca do "bem comum": a garantia efetiva dos privilégios das classes dominantes e do sistema capitalista. Em 1936 o Centro

de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS)<sup>4</sup> institui a primeira Escola de Serviço Social do País, na cidade de São Paulo, fruto não só dos movimentos católicos, mas também da demanda já existente para absorver estas profissionais, em especial do Estado.

As principais atribuições profissionais eram a organização da assistência, a educação popular, a pesquisa social, a concessão de auxílios materiais e a elaboração e apresentação de cursos que viabilizassem formação moral e doméstica na população atendida. O público-alvo da intervenção profissional eram as famílias operárias, com ênfase nas crianças e mulheres. Sobre tal dinâmica Iamamoto afirma:

O Serviço Social tem por objetivo remediar as deficiências dos indivíduos e das coletividades; quando se dirige ao ajustamento de um determinado quadro, ele o faz para sanar deficiências acidentais decorrentes de certas circunstâncias e não de um defeito estrutural. (IAMAMOTO, 1986, p.208-209).

A partir dessa análise observa-se que o Serviço Social, inicialmente, não vê os problemas da sociedade como resultantes do sistema desigual e excludente que o capitalismo gera e sim interliga-o ao indivíduo que passa a ser responsável pelas adversidades. Um exemplo a ser citado consiste no desemprego que é, pela proposta das classes dominantes, ocasionado pela ausência de conhecimento do sujeito e não ao sistema excludente que impossibilita muitas vezes a garantia dos mínimos direitos à população em sua maioria inserida nesse contexto. Com essa finalidade a profissão buscava a reestruturação dos indivíduos e da comunidade.

Para atuar dentro dessa lógica o Assistente Social tinha que ter diversas características nobres, pois não era qualquer pessoa que estaria habilitada para exercer a prática profissional, assim explicitadas de melhor forma por Iamamoto:

O Assistente Social deveria, assim: ser uma pessoa de mais íntegra formação moral, que a um sólido preparo técnico alie o desinteresse pessoal, uma grande capacidade de devotamento e sentimento de amor ao próximo; deve ser realmente solicitado pela situação penosa de seus irmãos, pelas injustiças sociais, pela ignorância, pela miséria, e a esta solicitação devem corresponder às qualidades pessoais de inteligência e vontade. Deve ser dotado de outras tantas qualidades inatas, cuja enumeração é bastante longa: devotamento, critério, senso prático, desprendimento, modéstia, simplicidade, comunicabilidade, bom humor, calma, sociabilidade, trato fácil e espontâneo, saber conquistar a simpatia, saber influenciar e convencer etc. (IAMAMOTO, 1986, p. 227).

---

<sup>4</sup> O CEAS surgiu em 1932 com o intuito de dar maior efetividade às atividades exercidas pela filantropia das classes dominantes paulistas sob o patrocínio da Igreja. Ver Iamamoto, *Relações Sociais e o Serviço Social no Brasil: um esboço de uma interpretação histórico-metodológica*.

A partir do exposto é possível observar a extensa lista de características que deveria ser inata ao Assistente Social, que em caso de desconformidade poderia não ser considerado um bom profissional. Outras atribuições conferidas ao profissional em questão se refere à boa saúde, ausência de defeitos físicos e uma boa origem social, podendo também se definido, como cita Estevão (1985, p. 31) num “ser quimicamente puro, inodoro, incolor e insípido”.

Até a década de 1980 o Serviço Social adotou uma postura assistencialista e conservadora e contraditório essencialmente na segunda metade da década de 1970. Nesse período a intervenção profissional do Serviço Social buscava ajustar o trabalhador e sua família à lógica capitalista monopolista, tornando-o sujeito alienado, visto que o mesmo não se reconhecia no produto de seu trabalho, já que adquiriu apenas um caráter mercantil, com o valor de uso e troca. Sobre o exposto Miranda e Cavalcanti (2005, p. 47.) afirmam:

Através da difusão de sua ideologia, a sociedade burguesa capitalista aliena o cotidiano, vela suas contradições, singulariza e desumaniza o homem impedindo a realização objetiva dos valores humano-genéricos, este passa a agir acriticamente, desconhecendo as mediações que o cercam e desconstruindo sua capacidade criativa livre.

Porém, a conjuntura histórica, política e sócio-cultural da sociedade brasileira, em especial, a partir dos anos 1970, quando se intensificaram as lutas pela redemocratização do País, possibilitaram a criação de um Projeto ético-político<sup>5</sup> que rejeitava a atuação atrelada ao conservadorismo. Iniciava-se o movimento de Reconceituação do Serviço Social, que nesse momento foi freado pela ditadura civil-militar. Com o início da abertura política o novo direcionamento adotado permitiu a atualização da formação e do exercício profissional, além de uma reorganização política dos profissionais. Assim surge um novo Serviço Social:

Comprometido com os interesses das classes trabalhadoras, sintonizado com projetos societários críticos à ordem burguesa e reforçando a busca da legitimidade profissional por meio da sua vinculação às necessidades sociais da população que demanda seus serviços, brota, portanto, em meio a esta abertura de horizonte e oxigenação na cultura profissional, desestabilizando aquele arranjo até então hegemônico. (BEZERRA, 2002, p. 43).

---

<sup>5</sup> De acordo com o Conselho Regional de Serviço Social Ceará (CRESS – CE), o Projeto Ético-político se refere: ao reconhecimento da liberdade como valor central; do Compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais vinculado a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social. Onde por meio de sua dimensão política se posiciona m favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização; a ampliação e consolidação da cidadania. Este projeto se reclama radicalmente democrático – socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida. Do ponto de vista profissional: o projeto implica o compromisso com a competência, cuja base é o aprimoramento profissional – preocupação com a (auto) formação permanente e uma constante postura investigativa.

Esse rumo ético-político requer um profissional informado, culto, crítico e competente. Em outras palavras a partir do cenário exposto e da possibilidade de novas ingerências ocorre o que Bezerra (2002, p.50) descreve como o surgimento de uma possibilidade:

A possibilidade de uma recusa frente à dimensão política conservadora do Serviço Social e ao “arranjo teórico-doutrinário operativo” que lhe deu sustentáculo, desde seu surgimento, cujas bases se assentavam, até então, na fusão entre os princípios éticos neotomistas, de tradição cristã, e o moderno conservadorismo da teoria social funcionalista.

Em 1979, no “Congresso da Virada” ocorrem novas reflexões sobre a formação e o exercício profissional interligado aos preceitos do marxismo, além do fortalecimento de uma maturidade teórica e do debate filosófico, vinculado a categoria e aos movimentos sociais. Há o imperativo de inserir a profissão numa moldura teórica e metodológica, que fuja da dimensão pragmática e messiânica que é veiculada à imagem do assistente social.

Nessa perspectiva surge o Código de Ética de 1986 que buscou romper com os antigos paradigmas de forma que surgisse um novo sentido para o Serviço Social. O referido documento apresentou-se como um dos meios para arraigar o debate ético-político embasado na “intenção de ruptura” com os ideais e práticas conservadoras. O Código de 1986 teve seus avanços como cita Miranda e Cavalcanti (2005), mas não foram suficientes:

Contudo, apesar do Código de Ética de 1986 constituir-se como um avanço em relação aos anteriores, recusar a neutralidade da prática profissional, reconhecer a dimensão histórica e política da profissão – esta em favor da classe trabalhadora – e das relações de força, superando a análise do objeto sob a perspectiva da anormalidade, e de reconhecer também o historicismo da moral, a ética foi tomada apenas em sua dimensão política.

A dimensão ética só é alcançada com a instituição do Código de 1993 – atrelado a vertente marxista – que visa à emancipação do ser social e o estabelecimento de uma dimensão política intencionada a transformar a ordem social vigente e seus princípios, defendendo a liberdade como valor ético central.

Seus fundamentais princípios são: a defesa intransigente dos direitos humanos; a defesa da democracia; ampliação e consolidação da cidadania, com intuito de garantir os direitos sociais e políticos aos trabalhadores, porém sem tutelá-los; se posicionar a favor da equidade e justiça social, que também está garantido na Constituição Federal de 88; o respeito às diferenças; optar por um

projeto profissional articulado a construção de uma nova ordem societária sem exploração de classe e dominação; a atuação profissional sem discriminar e ser discriminado<sup>6</sup>.

Assim o Serviço Social se instituiu no Brasil inicialmente como agente mediador entre dominantes e dominados, tentando garantir que a classe hegemônica mantivesse seu poder, e posteriormente, com as mudanças ocorridas, procurou viabilizar os direitos sociais, posicionando-se ao lado das classes reprimidas, e buscando concretizar uma “nova ordem societária, sem dominação de classe, etnia e gênero.” (Código de Ética de 1993).

O próximo tópico irá tratar sobre a questão da inserção do Serviço Social e por consequência do (a) profissional assistente social no âmbito da saúde.

### **3.1 Serviço Social e Saúde**

Dentro da conjuntura abordada, o Serviço Social atuou e continua atuando no campo da saúde. Inicialmente, a prática era incipiente, estando atrelada à triagem, onde eram definidos os que teriam condição de custear o tratamento; a confecção de fichas de informação, expondo aos interessados dados importantes que os médicos não faziam pela “ausência” de tempo disponível; disponibilização de recursos financeiros para permitir que os clientes tivessem condições de ir até a instituição médica; a intervenção junto aos fatores psicológicos e emocionais que envolvem o tratamento; e a indução do contratante as normas institucionais através da aquisição de sua confiança. Em continuidade ao tema supracitado, Bravo (2004, p. 199) apresenta:

O assistente social vai atuar no hospital, colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária.

Surge o campo para o profissional do Serviço Social no âmbito da saúde a partir da necessidade de uma equipe multidisciplinar que atuaria como uma equipe de apoio para contribuir com o exercício médico, visto a impossibilidade da contratação da demanda necessária. As principais atribuições eram: a introdução de conteúdos preventivistas e educativos, além da criação de programas prioritários destinados a segmentos da população, já que não havia a intenção de estender o atendimento médico e social a toda população.

---

<sup>6</sup> Ver Código de Ética do assistente social. Aprovado em 13.03.1993, com alterações introduzidas pelas resoluções CFESS N. 290/94, 293/94 e 333/96.

Na saúde o profissional em tela torna-se uma ponte, agente mediador, entre o Estado (instituição) e os usuários. Inicialmente, os assistentes sociais se inseriram apenas no nível hospitalar e curativo, não atuando nos centros de saúde. Para Bravo (2004, p.199):

A exigência do momento concentrava-se na ampliação da assistência médica hospitalar e os profissionais eram importantes para lidar com a contradição entre a demanda e seu caráter excludente e seletivo. Nos Centros de Saúde, os visitantes conseguiam desenvolver as atividades que poderiam ser absorvidas pelos assistentes sociais.

O Serviço Social médico, como era designado no período, não atuava com os métodos do Desenvolvimento de Comunidade e sim, apenas com o Serviço Social de Caso. O profissional operava de acordo com as normas criadas pela Associação Americana de Hospitais (AAH) e da Associação Americana de Assistentes Médico-Sociais (AAAMS), que vislumbravam atender somente ao indivíduo, um fragmento, sem levar em conta o grupo formador, a sociedade.

Segundo Costa (2000) é importante salientar que a atividade do assistente social, como de vários outros profissionais, estava submetida ao conjunto de determinações sociais referentes ao trabalho na sociedade capitalista. Deve-se levar em conta que a submissão aos interesses das entidades contratantes, visto que a categoria depende do salário pago para sobreviver, a coloca sob o jugo do capital. Assim, o profissional de Serviço Social sofreu um processo de reorganização de suas atribuições. Desse modo, o capitalismo subordina e reproduz, além de criar suas próprias contradições, visto que mesmo subordinando os profissionais isto não implica que a pessoa não constitua, de forma individual e/ou coletiva, meios de superar a situação supramencionada.

A prática profissional até a década de 1960 seguiu os parâmetros da classe hegemônica sem apresentar risco ao desenvolvimento desta. Porém no pós-64, com o Movimento de Reconceituação, o Serviço Social passou a ser redefinido. O profissional da área passou a questionar suas ações vinculadas ao conservadorismo predominante.

Até o fim da década de 1970 o Serviço Social apesar de ter seu lócus teórico alterado, surgindo novas dimensões para o processo organizativo da categoria, não modificou sua prática profissional. As modificações, inicialmente, ficaram apenas nas Universidades. Somente na década de 80, fortalecido pelos acontecimentos ocorridos no País com o ápice da crise econômica que afligiu o sustentáculo maior da ditadura, o Serviço Social pôde conjecturar de modo mais nítido e, assim, intervir de forma diferenciada. Nesse momento os pressupostos teóricos foram ampliados, tendo como fundamento central as perspectivas marxistas. (KOVÁCS, 1992).

O avanço do Movimento Sanitarista<sup>7</sup> frente às grandes empresas que defendiam a privatização dos serviços de saúde contribuiu para que a saúde pudesse alcançar um patamar privilegiado. Vale ressaltar que o sucesso da campanha dos Sanitaristas se deu em virtude da capacidade técnica e política dos envolvidos que conseguiram mobilizar a sociedade, de forma a conseguir uma Emenda Popular que obteve a assinatura de cinquenta mil eleitores.

A 8ª Conferência de Saúde, em 1986, se constituiu como um marco na luta pelo fortalecimento do setor público atrelado à minimização dos benefícios do setor privado. Na ocasião ficou definido que saúde plena não condiz apenas com ausência de doença, mas é “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terras e acesso a serviços de saúde.” Nas palavras de Escorel (2006, p. 182) saúde:

[...] É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. Esse conceito, de saúde como resultante e como condicionante de um conjunto de fatores, transforma a luta pela saúde numa luta global, por transformação social.

Juntamente com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), foi garantido por meio de cinco artigos, que a Saúde ao lado da Previdência e a Assistência Social compusessem a Seguridade Social, estando a Saúde inscrita como direito de todos e dever do Estado, abonando também que os serviços de saúde fossem executados de forma regionalizada e hierárquica, criando assim um sistema único:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p. 7).

Apesar das alterações no campo teórico Bravo (2004) afirma que o Serviço Social na Saúde permaneceu com suas práticas institucionais sem maiores modificações e sem estabelecer vínculo direto com o Movimento Sanitarista até a década de 90. Nesse momento dois projetos políticos passam a requisitar de forma mais direta a intervenção do assistente social. O projeto privatista surge com as seguintes atribuições ao profissional: fiscalizar os usuários dos planos de saúde, de

---

<sup>7</sup> O Movimento Sanitário compreendeu em um grupo constituído inicialmente por intelectuais, atuantes no Campo da Saúde, que lutavam pela transformação nas políticas públicas voltadas a saúde bem como uma transformação maior que atingisse a toda sociedade. Para maior apreciação sobre o tema ler Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. Fleury, S.T. (1995).

modo a avaliar se o cliente estava cumprindo suas obrigações, como pagamento; realizar práticas assistencialistas por intermédio da ideologia do favor, através do apoio às famílias que em algum momento passavam por dificuldades, fazendo com que estas ficassem se sentindo gratas aos profissionais bem como aos planos de saúde; e a atuação psicossocial através de aconselhamento além da intervenção a nível individual.

O projeto da reforma sanitária já intervinha de forma a garantir o direito universal à saúde e dentro dessa dinâmica o assistente social buscava democratizar o acesso aos serviços de saúde e às informações, humanizar os atendimentos, dar ênfase as ações em grupo, estabelecer estratégias que promovessem a interação das instituições de saúde e a interdisciplinaridade.

Com a implementação do Código de Ética do assistente social de 1993, que gerou um novo projeto ético-político, ocorre à aproximação com os ideais do movimento da Reforma Sanitária brasileira. Naquele momento tinha como objetivo à universalização do acesso à saúde, através de políticas públicas efetivas. Assim, as práticas do Serviço Social passam a ser destinadas a amenizar as injustiças, recorrentes do sistema capitalista, de forma a ampliar as possibilidades de acesso aos bens e serviços produzidos. Seguindo essa conjuntura são circunstanciados princípios e diretrizes que se fundamentam na liberdade, na superação da alienação que o sistema impõe, na extinção de formas de dominação e exploração, rompendo desse modo com práticas autoritárias, centralizadoras e assistenciais, e assim contribuindo para a construção da autonomia e a emancipação do indivíduo e dos grupos sociais dominados. Sarreta (2008, p. 37) assim aborda a problemática:

Ao valorizar a perspectiva interdisciplinar, a fim de garantir a atenção a todas as necessidades da população usuária na mediação entre seus interesses e prestação de serviços e, ao desenvolver as diversas atividades e ações na área da saúde – plantão, avaliação socioeconômica, assistência material, entrevista, trabalho com grupos, visitas domiciliares e outras, o Serviço Social ajuda a população a ter acesso ao SUS. É o que pode ser observado em diversos aspectos associados e referenciados no projeto ético-político profissional. Um destes aspectos se dá pela facilidade de acesso do usuário ao assistente social nas unidades de saúde, observado no acolhimento, na escuta diferenciada, na divulgação e informação dos programas coordenados e desenvolvidos pelo profissional. Outro aspecto é o desenvolvimento da capacidade de identificação das demandas no âmbito da saúde, e de extrair destas demandas as reais necessidades sociais e de saúde, apontando a formulação e execução de políticas sociais, projetos e programas, como um direito.

Dessa forma, a apreciação crítica a cerca da desigualdade social e a visão quanto às políticas públicas para a construção da saúde como direito, permitiu que o assistente social contribuísse de forma efetiva para a construção destas políticas que possibilitassem o acesso à saúde e à sociedade. Seguindo tais perspectivas a autora supracitada continua suas considerações afirmando:

Ao imprimir uma postura investigativa no trabalho, o assistente social fortalece a atividade profissional determinada e influenciada pela realidade social; e, ao valorizar a atividade científica por meio da pesquisa, gera dados ligados às condições de vida da população, à reprodução das relações sociais, à implementação das políticas sociais. (SARRETA, 2008, p. 39).

Segundo a autora citada, outro importante ponto a ser frisado equivale a intervenção, aliando teoria e prática, que proporciona aos profissionais a ampliação de seu potencial criativo e assim o redirecionamento de seu trabalho, pois a partir do estudo da realidade vivenciada e a implementação de instrumentais que atendam tal demanda é possível elaborar propostas apropriadas às necessidades sociais.

A oportunidade de experimentar novos caminhos para a autonomia no exercício profissional pode dimensionar o trabalho do assistente social no SUS, ao adotar atitudes no cotidiano para exercitar a prática contínua de documentação do trabalho, planejamento em equipe, visando ao desenvolvimento de ações e programas com critérios para a inclusão social dos usuários. A organização de um plano de trabalho como subsídio, que compreenda as etapas e conteúdos do processo científico (objetivos, metodologia, resultados alcançados e avaliação), o estudo e elaboração de instrumental e procedimentos adequados à realidade e local de trabalho, é alternativa para ampliar a atuação e desenvolver formas de atuação efetiva nos Conselhos de direitos, como espaço legítimo que favorece o controle social<sup>8</sup> dentro do SUS. (SARRETA, 2008, p. 38).

A saúde se constitui como maior agente empregador de assistentes sociais Bravo e Matos (2004) visto o imperativo da execução de suas atribuições. Para Costa (2000), é possível afirmar que o Serviço Social, na área da saúde, assume a incumbência de restabelecer o “elo perdido”, ocasionado pela burocratização das ações tanto internamente, alusivo aos níveis de prestação de serviços, quanto, e, sobretudo, as políticas de saúde e setoriais.

Porém o modelo médico-hegemônico, ainda presente, que centra as atividades na clínica médica curativista e individual, secundariza e desqualifica as ações e atividades profissionais, e impossibilita a real efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) que prega saúde como qualidade de vida, diferente da postura adotada pelo modelo curativista.

Apesar do progresso, as políticas sociais continuam fragmentadas e subordinadas a lógica do capital, gerando descaso com a Seguridade Social. Para Escorel (2006, p. 49) na saúde esse embate se torna mais evidente visto que esta categoria pode ser considerada um valor universal, já que está intrinsecamente ligada a toda humanidade, independentemente da classe social. Em sua concepção:

---

<sup>8</sup> Controle Social significa a participação da sociedade civil na elaboração, implantação e fiscalização das políticas públicas, onde se compreende que o público deve ser expressão do conjunto das necessidades apresentadas pelos diferentes segmentos da sociedade. (BRAVO e MATOS, 2004).

“a saúde é um elemento potencial de consenso, a forma de distribuição desse direito consensual é que é motivo de dissenso”.

Escorel (2006) afirma ainda que, a saúde é valor transcendente, um eufemismo para o valor vida. Só é possível haver vida de forma que possamos suplantar seu significado biológico imediato e afirmá-lo também como valor ético, estético, psicológico, biográfico e social.

Por fim, o próximo tópico irá tratar das formas como o Serviço Social lida com a morte, tendo em vista, a inserção do (a) profissional no âmbito da saúde, e assim, por consequência com a morte.

### **3.2 Serviço Social e o lidar com a morte**

De acordo com Vasconcelos (2002), em seu estudo sobre a prática do Serviço Social na Saúde, existem três demandas historicamente dirigidas aos assistentes sociais que são: questões alusivas à alta hospitalar, à remoção de pacientes e à participação na comunicação por óbito. Dentre estas merece destaque a comunicação de óbito em virtude da polêmica que o assunto gera no interior da categoria devido seus componentes burocráticos.

A autora cita que, de acordo com a resolução nº 49/ 96 de 10.05.1996, do Conselho Regional de Assistentes Sociais, 7ª Região, a comunicação do óbito não é função do Serviço Social, pois é de responsabilidade médica, visto a precisão de informações técnicas que somente um médico teria condições de apresentar aos familiares ou interessados.

Entretanto na pesquisa que deu origem a esta monografia, por meio dos Estágios Supervisionado I e II realizado em um HP observamos que as famílias que não contaram com a participação do assistente social no momento da comunicação do óbito não tiveram um atendimento de qualidade, já que a intervenção do assistente social nesse momento pode consolidar maior apoio e orientação.

Para Vasconcelos (2002), que continua sua discussão, onde constatou por meio de entrevistas que para vários profissionais entrevistados, a não participação do Serviço Social no momento da comunicação do óbito pode implicar em prejuízo para a família, estes enfrentam várias dificuldades e abusos não só no tocante a forma com a notícia muitas vezes é dada, mas principalmente pela ausência de informações referentes a sepultamentos e seguros assistenciais que são informados pelos profissionais em tela, tanto às famílias mais carentes quanto às que não dispõem de conhecimento sobre os procedimentos cabíveis.

No Serviço Social e nas demais profissões atuantes na Saúde, de acordo com Sodré (2005), o contato com os usuários que estão fora de possibilidade de cura<sup>9</sup>, projeta para os profissionais que a sua intervenção chegou ao fim. Afinal, a intencionalidade é labutar em favor da vida em suas mais abrangentes determinações. A autora incita a seguinte proposição: “Teria a morte menor valor para o assistente social?”. (SODRÉ, 2005, p. 12).

Dentro desse contexto atua a equipe multidisciplinar que trabalha com os Cuidados Paliativos. A definição estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1990, remissivo aos Cuidados Paliativos são:

O cuidado ativo e total de pacientes cuja enfermidade não responde mais aos tratamentos curativos. Controle da dor, e de outros sintomas; entre outros problemas sociais e espirituais são da maior importância. O objetivo é atingir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e famílias.

Frente ao exposto nota-se que os Cuidados Paliativos se expressam como:

Mais do que a única alternativa para quem já não possui mais indicação de tratamentos curativos, mas constitui-se em uma proposta de atenção ampla, consciente e organizada, em que os profissionais de diferentes áreas unem-se com o objetivo de oferecer a paciente e família a atenção que requerem em momento tão especial. Tal proposta perpassa, sim, o tratamento clínico, mas abrange uma gama de ações que busca oferecer conforto, esperança, escuta efetiva, atenção às “dores” emocionais e sociais, resolução para as causas prementes e a certeza sempre presente de que o homem é um ser único com necessidades, desejos, possibilidades e limites que o fazem sempre e a cada vez especial. (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 1998, p. 689).

Assim, as principais atribuições realizadas são a transmissão de informações e aconselhamento aos familiares, de modo a manter os interessados sempre certificados sobre as reais condições do paciente; a disponibilidade para auxiliar na resolução de pendências e providências legais que necessitam da autorização do paciente; além de oferecer o apoio e a escuta, de modo incondicional. Muitas vezes não é preciso falar nada, já que tudo foi dito, só o estar junto à família, já é de grande valia.

Os profissionais de saúde de certo modo negam o lidar com a morte, pois seu acontecimento muitas vezes é considerado uma falha na sua intervenção. Outro fator está associado à perda. Lidar

---

<sup>9</sup> O termo utilizado pelos assistentes sociais paliativistas é que este paciente está “fora de possibilidade de cura” e não “fora de possibilidade terapêutica” – uma alusão à definição macro de cuidados paliativos que descreve o ministério da saúde: a cura científica para este paciente não existe, mas terapêuticas de cuidado e tratamento sempre são possíveis para proporcionar-lhe uma morte digna. (Sodré. 2005, p 12).

com a morte de outros requer pensar na própria morte e de entes próximos. A autora supracitada evidencia que:

Talvez por isso tão pouca bibliografia é encontrada sobre a atuação do serviço social nos hospitais ou unidades de saúde quando se refere à morte. Apesar dos assistentes sociais reconhecerem, em sua maioria, o valor de sua atuação em um momento de dor, atribuem menor valor aos cuidados com aqueles que já morreram de forma indireta: seus familiares. Muitos não gostam de falar sobre a morte de um usuário que acompanhou, ou relatam com depoimentos reticentes sobre os casos de atendimentos aos familiares de uma pessoa que já tenha acompanhado e veio a falecer. (SODRÉ, 2005, p. 20).

A intervenção dos assistentes sociais significa não só informar sobre a morte de um paciente a seus familiares, mas preparar e orientar para que os usuários diretos e indiretos (pacientes e familiares respectivamente) possam ter uma maior qualidade no atendimento a saúde.

O trabalho dos assistentes sociais nos hospitais em situações como estas se resumem a dar voz ao familiar e deixá-lo extravasar sua tristeza ou insatisfação. [...] Dar apoio aos familiares que perderam alguém ou orientar sobre seus direitos sociais neste momento tão soturno e confuso. (SODRÉ, 2005, p. 22).

A partir da análise realizada pôde-se observar que embora haja uma discussão efetiva quanto à promoção do acesso aos direitos sociais, tão defendidas pelos assistentes sociais, esta luta perde um pouco seu potencial quando o usuário falece e sua família fica a espera de uma orientação. A partir desse momento a impressão que fica é que toda a intervenção realizada não vai além de procedimentos de rotina. Nas palavras de Sodré (2005, p. 27):

A noção do acesso parece se perder frente àquela família que chora. O destino da finitude humana coloca um ponto final no nosso contato com a família que está à nossa frente. Fica a noção de que não há mais nada a se fazer; tudo o que for feito a partir dali é um mero procedimento burocrático.

Apesar do distanciamento alusivo às intervenções frente ao óbito, o Serviço Social vem se constituindo como uma categoria que vem lutando para alterar sua ação prática. Sodré (2005) interpreta que o papel do assistente social na dinâmica em questão é o de dar suporte às relações familiares, evitando que os elos, que em virtude da perda, estão fragilizados, possam se romper e assim, auxiliar para que o momento de dor vivenciado possa ser minimizado e desburocratizado.

#### **4 A CONCEPÇÃO DA MORTE NA ÓTICA DOS ASSISTENTES SOCIAIS EM UM HOSPITAL PÚBLICO**

Credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o HP é subordinado hierarquicamente à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SSEC). Sua atuação oferece os serviços de emergência, atenção técnica, clínica, exames e tratamentos de alta complexidade.

Conforme informações prestadas pelo diretor do HP, a instituição tem como missão prestar assistência à todos, de forma segura e humanizada, com a atuação dos assistentes sociais no hospital se deu a cerca de trinta anos. São ao todo 24 Assistentes Sociais, funcionárias do Estado, divididas da seguinte forma: 1 na Coordenação Geral, 7 em regime de plantão, 5 no Serviço de Pronto Atendimento (SPA), 4 nos ambulatórios e 8 na internação.

A partir de informações colhidas junto a Coordenação do Serviço Social no referido hospital o trabalho dos (as) assistente sociais se dá de forma a complementar ao tratamento, já que considerando a noção de saúde estabelecida pelo SUS, a mesma não está relacionada somente a ausência de doença, mas sim, ao bem-estar físico, mental e social, ressaltando a noção de saúde como direito de todos e dever do Estado, como está definido na constituição.

Observamos, por meio dos Estágios Supervisionados I e II que, quando uma pessoa dá entrada no Hospital, ela vem acompanhada de várias determinações sociais: de uma família que na maioria das vezes não é nuclear, considerando a noção conservadora (composta por pai, mãe e filhos); sem estrutura financeira; desprovida de noções básicas de saúde ou da estrutura física necessária para que se tenha uma qualidade de vida. O Serviço Social atua junto às refrações da questão social que se apresentam, viabilizando o acesso dos usuários aos direitos básicos de assistência à saúde.

Desse modo, conforme informações colhidas junto a Coordenação do Serviço Social no HP, a missão do Serviço Social se constitui em assistir os usuários do hospital e seus familiares no sentido de facilitar e garantir resolubilidade em suas necessidades assistenciais nos serviços prestados por este hospital, numa perspectivas de humanização do atendimento, direito a saúde e resgate da cidadania.

Ainda conforme informações da Coordenação do Serviço Social, do referido hospital são atribuições do Serviço Social: segundo o atendimento individual através de entrevista individual e subsequente com os acompanhantes e familiares sobre seus direitos e deveres no hospital; prestar apoio aos pais e familiares tendo em vista a superação de situações conflituosas do cotidiano; realizar visitas domiciliares em casos que exijam um melhor acompanhamento social; orientar as

famílias por ocasião da alta hospitalar; atualizar diariamente a relação dos pacientes para tomar conhecimento das admissões, altas e óbitos; tomar providências relativas a alta, óbito, transferência e outros; realizar apoio psicossocial aos familiares cuja o paciente foi a óbito; Encaminhar familiares para os recursos institucionais existentes sejam a nível municipal e/ou estadual; contactar com prefeituras, hospitais e secretarias de saúde do interior do estado, solicitando ambulância para remoção de óbitos, tratamento hospitalar ou consulta médica; solicitar ambulância do setor de transporte para remoção de pacientes pra tratamento médico-cirúrgico, consulta médica e óbito, para os que residem em Fortaleza e região metropolitana; Planejar executar e avaliar planos, programas e projetos na área do Serviço Social, com o intuito de contribuir para a viabilização de direitos relacionados à questão social e suas refrações em nível dos usuários, servidores e técnicos; elaborar, executar e avaliar pesquisas no âmbito do Serviço Social visando conhecimento e análise da realidade social e das refrações sociais que se apresentam; realizar estudo de caso e emitir parecer sobre os fenômenos sociais, sugerindo alternativas de encaminhamento; realizar reuniões periódicas com a equipe de trabalho; Colaborar na promoção de eventos sociais em datas comemorativas; participar, assessorar e coordenar atividades desenvolvidas através da equipe interprofissional que visem a análise e planejamento de ações que se refiram à problemática social; documentar sistematicamente as atividades realizadas pelos profissionais de Serviço Social através de relatórios estatísticos e processuais, visando possibilitar a síntese da relação teórico prática bem como avaliação, sistematização e acompanhamento do trabalho desenvolvido; Supervisionar estagiários de Serviço Social no exercício de suas atividades acadêmicas contribuindo no processo da formação profissional e realizar pesquisa no âmbito do Serviço Social com vista à produção do conhecimento, contribuindo para ampliação do instrumental teórico prático.

Portanto, através das entrevistas e observação, auferidas no período em que estivemos cumprindo os Estágios Curriculares Obrigatórios I e II se constatou que todas as assistentes sociais que trabalham no HP são mulheres com um longo tempo intervindo na saúde, o tempo de serviço no hospital varia de cinco a trinta anos. As entrevistas foram realizadas com uma plantonista, duas profissionais do setor de Doença Sexualmente Transmissível (DST), uma do ambulatório e com a responsável pela coordenação do Serviço Social na unidade.

Por fim, no próximo tópico 4.1 deste trabalho trataremos do que existe de mais autêntico em um trabalho monográfico, pois irá adentrar na pesquisa de campo, onde analisará a compreensão da morte e a conduta dos assistente sociais em um HP. Assim, serão debruçados esforços por uma visão contextualizada da questão em sí que ocorreu no período dos Estágios I e II em Serviço Social.

#### 4.1 A compreensão da morte e a conduta dos Assistentes Sociais

No momento inicial da investigação, buscou-se compreender de que maneira a morte era percebida pelas assistentes sociais. A intenção era apreender de que forma estes profissionais interpretavam sua conduta em relação ao tema em questão. As assistentes sociais em entrevista realizada em 17/02/2014, afirmaram conviver com situações de morte e quando apresentadas à temática se averiguou quanto o assunto é relevante e dotado de significados para os profissionais. Desta forma a entrevistada 01 respondeu que: “já tenho 32 anos de formada e confesso que no início essa questão da morte mexia muito comigo, eu chorava com a mãe, abraçava a mãe ao dar a notícia, eu ficava muito emocionada e com o tempo eu fui lendo fazendo cursos, já fiz curso de Tanatologia, e isso me deu um certo preparo”.

Quanto às entrevistas 03 e 04, ambas deram relatos muito parecidos como segue:

Assim que me formei vim pro Hospital Público, tenho 30 anos de serviço, já podia me aposentar, mas ainda tenho muita vontade de trabalhar. Lido com muitos tipos de óbitos, das mais diversas faixas etárias, de recém-nascidos até 105 anos. Tento no dia-a-dia administrar essa situação, administrar minha cabeça. Tento acima de tudo criar forças por que não é fácil, pois se não for pela dedicação, pelo carinho o profissional não consegue, você se deprime e acaba deixando mais cedo ou mais tarde. (entrevistada 03).

Houve um ano, acho que em 2006, que aconteceram muitas mortes no setor, e todas que acontecem tem um impacto. Às vezes a criança esteve com a gente de manhã cedo foi atendida e a noite volta pro hospital e falece, ai no dia seguinte o telefone tocava e diziam: fulano faleceu. Nesse momento a gente percebe que a equipe toda se abala por que era uma criança que estava sendo acompanhada, foi um ano muito especial, que a equipe toda sentiu muito isso. (entrevistada 04).

Assim, por meio das falas das entrevistadas observamos que a morte não só se constitui como campo de trabalho, mas como área de intervenção, assim é essencial preparo por parte do profissional. Isso fica bem nítido no exposto pela entrevistada 03, a busca por capacitações e assim uma melhor administração de como agir frente à morte facilita a atuação.

Para Gomes e Ruiz (2006, p. 26), “embora não se constitua algo livremente escolhido pelos trabalhadores, eles tendem a se afastar dos moribundos.” Frente ao exposto os mesmos autores afirmam que o estudo da morte se apresenta como uma forma de entender a finitude da vida não como um mero conjunto de sinais vitais que é monitorado por profissionais competentes, mas como um instrumento que possibilita contemplar as belezas do mundo.

A ausência de informação pode acarretar, de modo mais intenso, o medo da morte. Com isso o profissional tende a se afastar do paciente como um meio de se livrar das possíveis dores

emocionais que a situação pode originar. Visto a atuação do Serviço Social com a morte questionou-se em 17/02/2014, qual seria a intervenção realizada frente ao óbito e as entrevistadas de acordo com sua realidade expuseram seu plano de ação.

Apoiar e acompanhar todo o desenvolver do óbito. Tomar providências se for do Interior ligar pro Interior pra mandar o caixão. Mostrar pra esses familiares que o caixão não é nenhuma esmola. Mostrar que é um benefício que todo Prefeito recebe verba pra custear essas despesas. Não é só pra quem é pobre, mas pros cidadãos e que as pessoas devem utilizar seus direitos. E passar a noite com a família, muitas vezes ficar a noite até a ambulância chegar, levá-la até o carro, entregar o óbito e ficar com a família até a ambulância sair. É uma forma de apoio presencial. Hoje, eu já tenho um maior preparo para trabalhar com essa questão de conversar com as famílias, explicar que a morte é só uma passagem, que a pessoa precisa de um tempo de paz pra encontrar a luz, já fica mais ao lado dela mostrando que ela não tá sozinha, que ela está com alguém que vai ajudar ela, que ela não precisa se preocupar com providências que o Serviço Social está ali pra apoiar. Nesse momento, a gente percebe que não precisa falar muito, uma pegada no ombro, uma passada de mão no cabelo pra ela sentir que não está sozinha. A gente percebe que ela fica mais tranquila. Tem claro, certos casos, que o desabafo emocional é maior, que a família que perdem o controle, mas a gente fica perto, fica orientando, pedindo, mostrando que ela tá dentro de um hospital, que ela sofra, mas não se crucifique tanto. A gente mostra que a família tem pessoas que ainda precisam dela que ela precisa se cuidar, pois muitas delas carregam culpas. A gente trabalha essa questão da culpa, que ela fez a parte dele como missão familiar e que não deve permanecer com esse sentimento de culpa, pois isso só fará mal. Essa questão eu já sinto que trabalho com maior tranquilidade. Eu já sofri muito, já chorei, no começo eu chegava em casa mal e passava três dias chorando, lembrando a morte de um paciente. Será que era pra ter acontecido? Será que foi falta disso ou daquilo! Agora não, estou mais capacitada pra trabalhar isso, já deixo aqui os problemas daqui e não levo mais nada pra casa, saio e deixo os problemas no hospital. (Entrevistada 01).

Quanto às entrevistas 02, 03 e 04, veem a atuação do Serviço Social com a morte de acordo com sua realidade expuseram seu plano de ação, como segue:

Primeiro momento, a questão do óbito não é trabalhada no momento do óbito, é um trabalho que precede essa situação. A gente convive com o paciente e seus familiares, pois o tratamento requer muito tempo, criam-se vínculos, aprofundam-se as relações. A equipe, que trabalha em conjunto, já informa pro Serviço Social os pacientes que estão fora de possibilidade de cura ou caminhando para o óbito, é feita uma previsão, ninguém pode dar uma certeza, mas a equipe já se prepara. Então é um processo, que vem sendo trabalhado com a família. Esse impacto do óbito, como é trabalhado anteriormente pela equipe, facilita, por mais que a questão da morte na nossa cultura ocidental jamais seja absorvida, por que assim, enquanto a vida há esperança pra gente, então por mais que a família seja trabalhada pelo psicólogo, pelo assistente social, pela equipe médica como um todo que mostra que a situação tá ficando difícil, que aquele paciente tá perdendo as possibilidades de cura, por mais que a família seja preparada pra realidade ainda tem o impacto da morte quando ela chega. Então, é difícil você conviver com esse momento por mais que você tenha consciência que esse trabalho tem sido precedido a um certo tempo. Aí, esse impacto mexe com toda a equipe, pois nós também somos criados dentro dessa cultura. Nesse momento além do suporte emocional o Serviço Social precisa tomar providências pra que aquele corpo seja encaminhado para sua residência ou

conforme sua família decidir. Todo o trabalho burocrático é feito pelo Serviço Social, mas a gente não trabalha isoladamente com as questões burocráticas, a gente precisa está imbuída do sentimento de perda daquela família para que paralelamente a gente possa oferecer aquele suporte emocional. (Entrevistada 02).

Acima de tudo apoio. A família sempre espera nosso afeto, nossa compreensão e nós estamos sempre disponíveis pra dar uma orientação uma palavra amiga e deixar que a família fique a vontade, se a família quiser falar ou o silêncio, um aperto de mão, um abraço, sempre deixando a vontade. Estendo meu carinho pra elas e muitas vezes elas encontram na gente aquela acolhida que elas precisam. (Entrevistada 03).

A gente telefona pra familiares se coloca a disposição pra ouvir, conversar. Algumas famílias vêm conversam com a gente, choram muito, às vezes vem fazer doação de objetos que o paciente usava, mas têm outras que não querem nem chegar perto, pois terão uma lembrança muito forte, preferem o afastamento total. Então normalmente a gente liga pra a família e se solidariza com ela. (Entrevistada 04).

Por fim, ainda segundo em relação à mesma questão para a entrevistada 05: “Senhor, eu não sei o que dizer nesse momento, mas estou aqui pra o que você precisar! Abraço, aperto de mão, não tem muito que dizer, às vezes a gente se sente pateticamente falante, Por que não tem o que dizer! A morte de uma pessoa é a negação da medicina!”.

A partir das respostas oferecidas constata-se que a intervenção do Serviço Social vai além das práticas burocráticas, que se torna de suma importância o apoio emocional a família que está passando pelo processo de luto, apoio este vivenciado através de uma conversa, um abraço, enfim uma aproximação maior com a família de forma a “sentir a dor do outro”, como relata a entrevistada 02 afirmando que não só o trabalho burocrático é importante. Através das entrevistas realizadas em 17/02/2014, buscou-se definir sobre o que seria a morte para os assistentes sociais participantes da pesquisa. A entrevistada 01 falou que: “Hoje é uma continuação da vida em outro estágio”. Já para a entrevista 02 que possui um visão muito próxima da anterior acredita que a religião está interligada, como é possível observar por meio de sua fala: “acho que é uma coisa que está interligada a espiritualidade com sua missão de morte, a morte é uma passagem, passamos para um novo plano, deixamos um corpo físico e vamos dar continuidade a uma vida espiritual”.

Quanto à entrevistada 03, para esta a morte está ligada mais ao sentido de dor, e depende da realidade de como cada um encara a morte: “dependendo da sua realidade, mas a morte é acima de tudo uma partida triste principalmente, pois é de uma pessoa amada. Mas acredito também que a morte não é o fim, é o fim na vida terrena, mas deve haver uma dimensão maior”. Já à entrevistada 04 vê a morte como:

[...] lugar mais certo que temos de destino, o nascimento não é tão certo como a morte. Nós temos a nossa finitude, temos que aprender a lidar com isso. Eu encaro a

morte como algo que é trágico, dolorido, mas que não tem como fugir. Eu procuro ler sobre o tema, li um pouco da obra de Elisabeth Kubler Ross. Eu tenho como meta fazer o curso de tanatologia, pois lidamos muito com isso, não só como profissional, mas como pessoa. Perdi minha mãe há cinco anos e enfrentei essa “coisa” da morte. No ano de morte da minha mãe ocorreu uma palestra em homenagem ao dia do assistente social sobre Tanatologia, a palestra ocorreu em maio em julho minha mãe faleceu, o palestrante falou: “a gente quando nasce trás no pacote a morte, não tem como se fugir disso”. Ele disse também: “Por favor, não culpem a Deus por isso, pois nós somos natureza e natureza é assim: nasce, cresce e morre!” Eu procuro encarar isso com a naturalidade possível que se tem que ter, não com frieza, mas temos que encarar. Procuramos trabalhar isso com as famílias, quando o paciente está muito grave que a família chega e diz que acha que sua parente vai morrer, a gente tenta conversar, ver qual a visão que esta tem da morte. Às vezes, elas dizem: “eu prefiro que ela vá a fica sofrendo aqui, então é isso a gente tenta trabalhar dentro do que a família necessita”.

Por fim, no que diz respeito à questão indagada a entrevistada 05 acredita que a morte é um ciclo: “[...] natural da vida, o que assusta as pessoas é a anormalidade da perda, perder um filho num assalto, num acidente, a que vem inesperadamente, a morte prematura é um fracasso da ciência! Todos nós sabemos que ninguém vai ficar pra semente! Uma morte esperada é muitas vezes um alívio pra todos!”.

Durante a exposição à entrevistada 04 apresenta a morte com estranhamento que é perceptível quando a mesma comenta que teve que enfrentar “essa coisa” (a morte) quando perdeu sua mãe. Na interpretação de Gomes e Ruiz (2006, p.33):

O problema real da morte é quando ela se apresenta como evento concreto, quando perdemos alguém próximo. [...] É deste sofrimento oriundo da morte que queremos a todo custo escapar, já que não tencionamos enfrentar a perda de quem amamos. [...] Tornando, deste modo, a morte excluída da vida humana.

Desta forma, Um importante fato que foi exposto pela entrevistada 05, durante dois momentos na entrevista, refere-se à visão que o profissional da saúde constrói sobre a morte. Esta deixa de ser vista como um evento natural da vida para se tornar “um fracasso da ciência”, um “ato vergonhoso”, uma “maldição”. Na ocasião, a entrevistada afirmou que a situação adquire esse caráter por ser uma vida que ainda está iniciando, mas como a ciência se tornou o maior guia da sociedade contemporânea, é pregado que ela não tem limites, que esta se compõe como a maior certeza na atualidade, tornando-se inconcebível que ainda haja falhas em seus mecanismos.

Frente ao exposto Ruiz e Teixeira (2006) afirmam que muitos profissionais criam a “fantasia da onipotência dos profissionais de saúde”. Esta visão é destituída para morte. Assim muitos profissionais afastam-se dos enfermos mais graves para não terem suas pré-noções desfeitas e não

sofrerem com a decepção de ver que seus ideais não são perfeitos, bem como o sentimento de medo, já que o profissional percebe que em algum momento ele também morrerá.

Nos discursos apresentados é de relevância também dar ênfase à ligação que é realizada pelas entrevistadas da morte com a espiritualidade, quando a morte se apresenta como uma etapa, não o fim de tudo. A visão é abordada com maior clareza pelas entrevistadas 01 e 02.

Perguntamos em 17/02/2014, às assistentes sociais cinco palavras que lhes vinham à mente quando escutavam falar em morte. Com as respostas buscou-se compreender qual a imagem que foi criada sobre o tema, sem muitas explicações, de forma mais direta. As respostas a seguir apresentam a visão de cada profissional. A entrevistada 01 respondeu que é: “paz, renascer, descanso, vida nova e desapego”. Já para a entrevistada 02: “tristeza, saudade, lembrança, relação afetiva eterna e necessária”. De acordo com a entrevistada 03: “tristeza, saudade, dor, alívio e paz”. A entrevistada 04 informou que vêm em sua mente: “finitude, alívio, boa lembrança, sofrimento e esperança”. Por fim a entrevista 05 mencionou as seguintes palavras: “perda, libertação, partida, ressurreição e fé”.

Diante do exposto é possível constatar que apesar de ainda estar muito presente a ligação da morte com a dor, tristeza, perda e sofrimento, que não deixa de ser real para a sociedade que sentirá pela ausência dos que estima, já surge também à visão de que o evento pode trazer alívio, libertação, e que esta se torna necessária, essas palavras são decorrentes do acompanhamento realizado pelas profissionais que em meio a tanto sofrimento acreditam que a morte é única forma daquelas pessoas terem paz. Dessa forma a entrevistada 02 relatou que: “Há momentos que o paciente tá sofrendo tanto que a gente vê que a morte é necessária pra que ela tenha paz” (Entrevista realizada em 17/02/2014).

Assim, percebemos que as palavras também fazem conexões com o aspecto religioso, visto a importância que é dada à espiritualidade. Vale ressaltar que em todas as entrevistas foi citada a religiosidade, pelo menos uma vez, e que uma das perguntas propostas no roteiro de entrevistas era se a profissional buscava apoio em alguma religião para lidar com a morte. Como pode ser constatado pelas respostas das entrevistas. A entrevistada 01 falou que: “Apoio na religião católica. Deus pra mim é 24 horas!” (Entrevista realizada em 19/03/2014). Já entrevistada 02 afirmou que:

Minha religião não tem influência no meu trabalho, não falo de religião pras famílias, pois da mesma forma que eu tenho religião tenho que respeitar a crença dos outros, ela influencia na minha postura profissional, na minha ética, nos meus sentimentos, na minha espiritualidade e ela tá imbuída nos meus valores espirituais, cristãos, onde eu procuro alimentar minha espiritualidade, pois ela me fortalece, por que lidar com a morte muitas vezes deixa uma certa melancolia e isso chegar a causar desânimo na atuação do trabalho. A espiritualidade lhe fortalece, dá ânimo

pra você saber que aquele partiu, mas outro vai chegar e precisar do seu trabalho, do seu apoio. Seria um suporte próprio. (Entrevista realizada em 19/03/2014)

A entrevistada 03 sobre sua religiosidade que: “Com certeza. Sou Católica e peço a Deus muita força pra administrar minha cabeça e também pra passar essa força pras famílias, esse suporte”. (Entrevista realizada em 19/03/2014). Conforme análise do discurso da entrevistada 04 é possível perceber um apego muito forte a religião: “Sou católica, mas busco algumas compreensões no espiritismo, através de leituras e de palestras. Com a morte da minha mãe fiquei meio perdida, procurei no espiritismo esse amparo essa compreensão, é nela que eu busco”. (Entrevista em 19/03/2014). Por fim a entrevista 05 relatou que:

A fé é um suporte! Quando os pais vêm e perguntam: “mas a senhora acha que ele pode ficar bom?” Ai entra a espiritualidade! Qual a religião que vocês professam? e a gente parte pra um diálogo respeitando as crenças da família. Nesse momento a gente ressalta que a ciência tem seu limite, ela não é ilimitada, que o infinito pertence a Deus, então vale muito a fé! (Entrevista realizada em 19/03/2014)

Outro importante aspecto levantado concerne à dificuldade de se trabalhar com a morte de pessoas. As entrevistadas relataram durante seus discursos, qual era a diferença entre a intervenção frente a uma criança e um adulto. Tais entrevistas foram realizadas em 21/04/2014, como segue. A entrevistada 01, quando indagada sobre a dificuldade em se trabalhar com a morte falou que: “A morte mexe mais com a gente, pois há todos os sonhos dos pais, mexe na gente como mãe! Os pais sofrem muito, a gente não é desapegado, a gente acha que essa vida é tudo! Dizer que uma criança vai a óbito é muito doído, pois os pais sofrem muito”. Já para a entrevistada 02:

Enfrentar a morte em qualquer idade é difícil, mas a ideia que temos é que a criança precisa seguir seu ciclo de vida crescer e se tornar adulto. Pra gente é mais difícil ver essa interrupção cedo, não estou diminuindo a dor, a dor possivelmente é a mesma, mas a pessoa é como uma plantinha espera-se que um dia ela dê flores, frutos, mas a gente vê ela ser cortada antes de se tornar uma árvore sombrosa.

A criança por parte da família já nasce cheia de expectativas, sonhos, uma vida iniciado, um longo caminho pela frente! A própria criança tem sonhos, elas dizem: “tia quando eu ficar boa eu vou estudar, quando eu ficar boa eu vou crescer e ajudar meu pai.” A gente tem essa idéia de nunca enterrar os filhos e sim ser enterrado por eles. Mas a morte em si, sendo de adultos ou crianças, ela deixa muitas dores. (Entrevistada 03)

Quando eu vi pra cá, eu pensei que seria mais ameno trabalhar com criança do que com adulto e eu descobri que na verdade é muito mais forte trabalhar com criança, por que a criança tem a família, tem todo o histórico dela, tá com a família, a criança é mais frágil, mais vulnerável! (Entrevistada 05)

Durante as falas foi exposto o dissenso existente no que tange ao papel do Serviço Social frente à comunicação do óbito. Foi questionado às assistentes sociais qual a visão e postura destas na realização dessa atividade e constatou-se que ainda é uma intervenção que varia para cada profissional não sendo objeto consensual. Enquanto que alguns profissionais asseguraram veementemente que o óbito fica a cargo do Serviço Social, outros afirmaram que é competência médica, ainda houve as que acreditam que mesmo sendo exercida pelos médicos esta atividade deveria ser uma atividade da equipe como um todo, que assim poderia oferecer maior apoio aos familiares. Tais afirmações podem ser observadas nas entrevistas realizadas em 21/04/2014.

A entrevistada 01 afirmou que: “aqui no hospital a comunicação de óbito é toda dada pela assistente social, dificilmente a família lida com o médico, somente quando os familiares pedem pra falar com os médicos é que a gente chama o doutor, mas o comunicado é todo pelo Serviço Social, somente pelo assistente social”. Quanto à entrevistada 02, para esta: “é definido no hospital que a comunicação do óbito seja feita pelo médico, não só o óbito, mas todas as explicações pra família. Somente os passos seguintes que o Serviço Social e o restante da equipe passam a intervir”. Já para as entrevistas 03 e 04 relatam quanto à competência de informar aos familiares sobre o óbito:

Quando nossos pacientes vão a óbito as famílias sempre estão ao lado, então elas participam. Quando elas não aceitam, ou negam a existência da morte, a gente precisa falar, mas eu acho que a notícia cabe a equipe. Tem momentos que é preciso o apoio do Serviço Social, do médico, do psicólogo, de toda a equipe. Quando é a morte inesperada de um paciente que foi para o centro cirúrgico tem que ter um médico pra explicar por que o paciente não resistiu ao tratamento e ai cabe também a presença do resto da equipe. (Entrevistada 03).

Eu vejo pela minha experiência que o óbito fica muito em cima do assistente social, o médico ainda não assumiu essa função. Eu realmente concordo que deve ser atribuição médica, na verdade deveria ser de uma equipe composta pelo assistente social, pelo médico e pelo psicólogo dando esse apoio, mas sem a gente querer ser tão utópico deveria ser pelo menos um assistente social e um médico. O médico tem as informações na área dele, o que deixaria a família menos confusa, mas eu vejo que nós aqui é que pegamos isso. Isso fica tão claro que quando ocorre um óbito o telefone toca informando que houve uma morte na UTI, então a primeira sala que é avisada é a do Serviço Social, e quando a família está presente fica mais nervoso (o ambiente), ai eles querem que a gente vá logo lá pra dar apoio a família, pra tirar o familiar dali. Quando a família não está presente fica mais tranquilo. Com certeza eu acho que o assistente social está assumindo uma função que deveria ser do médico. (Entrevistada 04).

Por fim, a entrevistada 05 relatou que: “quem dá notícia de vida ou de morte é o médico! Sobre diagnóstico nós sabemos, mas quem comunica a família é o médico. O assistente social é apoio no momento do óbito, apoio emocional, burocrático”.

Por meio das falas supracitadas é visto que a dificuldade em se estabelecer padrões quanto à real intervenção do assistente social frente a morte não se estrutura somente no *locus* teórico, mas também se apresenta no campo prático. Assim, somente com uma pesquisa mais abrangente, que exige um maior grau de complexidade, é que possivelmente tais dúvidas poderão ser dirimidas. Outra solução seria o posicionamento efetivo das entidades competentes frente a problemática revelada.

A visão da entrevistada 03 referente à formação de uma equipe multidisciplinar, composta por psicólogo, assistente social e médico, a partir das exposições realizadas, se sobrepõe como melhor alternativa para os familiares e profissionais. Para a família os maiores benefícios correspondem ao apoio mais amplo e conseqüentemente mais efetivo que a equipe poderá possibilitar. Enquanto que os profissionais poderão desempenhar suas reais funções sem prejudicar os envolvidos nos processos de luto. É um infortúnio que a formação desse conjunto ainda seja visto pelos profissionais como uma utopia. Outro tópico abordado foi sobre a existência de relatos que marcaram o exercício profissional, referente à morte de pacientes e seus familiares por meio de entrevistas realizadas em 01/05/2015. Deste modo, a entrevistada 02 falou que:

Já houve uma situação muito difícil pra mim, não sei se houve uma situação de transferência, já que era um adolescente, praticamente da mesma idade do meu filho e assim também apresentava semelhanças de comportamento. Então assim, quando a gente soube que ele caminhava em direção ao óbito houve uma certa dificuldade pra mim em vivenciar aquele momento com ele. Então eu chego a pensar que houve uma certa transferência, mas não podemos nos eximir! Quando nós estamos nos bancos da faculdade a gente sabe que precisa estudar sobre o envolvimento emocional controlado, mas no campo das relações humanas fatos acontecem sem que você perceba, as vezes há um envolvimento maior entre as próprias pessoas, um requer mais sua atenção, então assim eu considero quase normal, que é superável sim, mas a intensidade da dor e da tristeza isso pode variar, mas isso não chega a intervir na minha prática profissional, na minha técnica ou em qualquer outra coisa!

Já para a entrevistada 03: “O caso de uma garotinha, eu acho que ela sentia que ia morrer, mas ao mesmo tempo eu acho que ela não queria! Ela pediu ao pai dela pra comprar várias flores e deu a cada uma de nós uma flor e me disse: “essa flor é pra senhora, por favor, reze por mim!” Uma garotinha de 7 anos! Dois dias depois ela faleceu. Por fim, a entrevistada 04 afirma que:

Teve uma mãe que ela só tinha uma filha, a criança tinha três pra quatro anos, ela lutou o quanto pode, ela teve um problema muito grave e foi a óbito, depois essa mãe veio, conversou com a gente, ela tava se negando a ter filho, pois ela tinha medo de vir outra criança com problema e o médico tinha dito que ela tinha predisposição. E depois eu encontrei com ela numa universidade fazendo terapia pra lidar com essa situação, então assim, era uma mãe que teve todo um sofrimento, mas

tava tentando buscar ajuda, pois ela queria engravidar novamente! Era uma mãe dedicadíssima que foi bem impactante pra gente.

Portanto, por meio das falas supracitadas observamos a dificuldade em lidar com a morte muitas vezes está intimamente ligada ao despreparo, ao medo de lidar com a própria morte ou com a morte dos seus, esse quadro foi exposto pela entrevistada 02. Essa transferência e esse medo geram no profissional o afastamento do paciente, como exposto por Ruiz e Teixeira (2006) “a morte do meu cliente lembra inevitável, dolorosa e imediatamente a minha própria mortalidade”.

Dessa maneira, trabalhar com a morte traz para o assistente social a aproximação constante dos processos de morrer e o faz buscar meios que possibilitem não absorver de forma tão intensa as dores que esse processo causa nos indivíduos. Assim, como já citado anteriormente, os meios procurados para superar tais dificuldades são através de leituras e cursos sobre tanatologia e um aprofundamento pessoal concernente à espiritualidade.

Através do exposto é possível analisar que mesmo com todos os entraves, existentes, o assistente social é um profissional que vivencia experiências riquíssimas. As últimas entrevistas foram realizadas em 05/06/2014, onde foi perguntado aos profissionais se mudariam de profissão ou área de atuação caso fosse dada a oportunidade. Suas respostas foram:

Nunca pensei em mudar, eu nasci pra ser assistente social e se eu tivesse que nascer faria de novo e da saúde! Trabalhei na área de empresa, educação, com crianças excepcionais, mas na saúde foi que eu realmente me encontrei. Gosto muito porque a gente consegue levar paz, tranquilidade, a questão dos benefícios que a gente pode passar as pessoas, que às vezes são totalmente leigas, elas agradecem: “ai minha filha você é muito boa o doutor me atendeu muito bem, ai de mim se não fosse a senhora!”. Eu digo, minha senhora eu não fiz nada, é seu direito, a senhora já pagou por esse serviço. O SUS é o serviço mais caro e o SUS a gente não pode nem atrasar, pois é pago nos nossos impostos, então usufrua que ele é seu direito! A gente trabalha muito isso e eu faço questão que elas sintam que estão recebendo um atendimento de qualidade, não é por que eu sou boazinha, por que assim elas ficam mais seguras, eu mostro que elas têm que ser bem atendidas, um atendimento que é de direito! (Entrevistada 01).

De jeito nenhum, sou muito feliz, realizada com meu trabalho. Já ouvi depoimentos de pessoas que dizem não ter estrutura pra trabalhar na oncologia, mas como eu to te dizendo é algo assim esse amor ao meu trabalho, essa dedicação, essa afinidade dentro desse trabalho me deixa uma pessoa tranquila, realizada, mesmo com todas as situações que eu possa enfrentar. (Entrevistada 02).

Não, nunca quis sair desta área, me sinto muito bem! Gosto muito do que faço, se eu tivesse que escolher outra profissão escolheria de novo o Serviço Social, me identifico muito. Acredito que em outros tempos tenho sido Assistente Social! (risos). (Entrevistada 03).

Conforme as entrevistas acima é possível afirmar que as assistentes sociais vivenciam a morte cotidianamente em seu meio laborativo. Corroborando para tal afirmação a entrevistada 04 falou que: “Não. Eu até tentei mudar de área e usuário, mas voltei pro hospital, eu não mudaria de área, eu gosto! Sabe qual seria a outra área que eu iria quando eu me aposentasse? A educação, outra área que eu gosto, mas dizer hoje que quero sair, de jeito nenhum!”. Já a assistente social, e entrevistada de número 05 afirma que: “Não. Sou muito resolvida na minha profissão! Procuo ler, me atualizar, pois sou uma eterna aprendiz!”.

Desta forma, por meio das entrevistas, com as assistente sociais, foi possível constatar que as assistentes sociais que participaram das entrevistas vivenciam, mesmo após um tempo razoável na área, uma grande paixão pelo exercício profissional. Apesar de ser um campo muitas vezes tortuoso, cheio de dificuldades.

São essas coisas que marcam no fazer profissional, é você fazer o que seu coração pede e poder assim mudar uma situação! É intervir e ver que muitas vezes você é apenas um instrumento, obedecendo a uma lei maior [...]. Os acompanhantes costumam ficar agradecidos a mim, mas não tem que me agradecer, é minha função! É pra isso que a gente se forma, pra fazer a nossa missão, atender e tentar desfazer esses nós, que são tantos! Se a gente quiser fica só no “não é minha função”, mas se realmente quiser você vai atrás de saber por que é “não” e no caminho acha alguém que dá um sim. A nossa missão é muito especial, ser assistente social faz toda a diferença numa unidade dessa, dependendo dos seus valores, da sua forma de pensar, você faz toda a diferença pra equipe! (KOVACS, 1992, p. 57).

Por meio desse relato é plausível apreender de forma mais nítida a relevância da missão que é ser assistente social, uma profissão muitas vezes desconhecida, mas que busca acima de tudo lutar para que sejam garantidos os direitos dos cidadãos e assim possibilitar que seja sonhada uma sociedade mais justa para todos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho monográfico teve como horizonte a reflexão sobre a dimensão relacional da prática do assistente social com a Tanatologia no âmbito da assistência hospitalar. O eixo central da reflexão constituiu-se, assim, no desafio de problematizar os significados da morte para o profissional. Neste sentido, a intenção foi provocar a compreensão de que o lidar com a morte estabelece uma realidade vivenciada cotidianamente pelos assistentes sociais e que o tema é dotado de significados que se alteram dependendo do profissional envolvido e da forma como ele encara a finitude da vida.

Desta forma, a reflexão estendeu-se a compreensão do vivido pelos assistentes sociais que atuam na assistência hospitalar, culminando no esforço da realização de uma pesquisa que pretendeu conhecer e desvelar alguns dos motivos que orientam a ação dos profissionais quando da relação com a morte e quais os significados que são formulados durante a prática.

Há que se ressaltar que a realização da pesquisa orientada por um diálogo compreensivo com os assistentes sociais, possibilitou a percepção das dificuldades que estes enfrentam cotidianamente em face da forma como a morte é tratada ainda na sociedade ocidental, onde o indivíduo não é preparado para aceitá-la, buscando uma vida longa mesmo que isso não represente qualidade de vida.

Outro importante fator que causa certo afastamento do lidar com a morte é que vivenciar a morte dos pacientes remete ao profissional, muitas vezes, a transferência para os seus parentes e até para si mesmo, como se a morte fosse sentida por si próprio, como exposto em um dos depoimentos onde a profissional não conseguiu estar próxima da família e do paciente no momento do óbito por que sentiu como se a morte fosse do seu filho.

A morte também se apresenta como um tema que requer do profissional muita leitura, intuindo alcançar uma atuação de maior qualidade para os pacientes e sua família. Vale ressaltar que esse aprofundamento não significa dotar o profissional de meios que o afastam ou o tornem frio para com o paciente e sim, que o assistente social conseguirá trabalhar a temática sem sucumbir ao sofrimento que a morte pode causar, já que na maioria das vezes o profissional todos os dias está inserido dentro dessa dinâmica, de óbitos e dores.

Outro importante fator que foi possível evidenciar na pesquisa concerne a quais atribuições são do Serviço Social no momento do óbito. Através das entrevistas observou-se que a discussão alusiva à comunicação do óbito não é exclusivamente no campo teórico, visto que não foi possível estabelecer se no hospital era ou não realizado pelos profissionais em questão, a comunicação à

família. O que se pode observar é que os entrevistados buscam oferecer apoio à família, não só no campo burocrático, mas a nível emocional e social, e que para estas a comunicação em equipe traria muito mais benefícios do que sendo realizada isoladamente.

O seguinte tópico a ser levantado é concernente ao apoio que as entrevistadas buscam na religiosidade para enfrentar as dificuldades que surgem no dia-dia, já que trabalhar com a morte pode causar muito sofrimento emocional. É importante frisar a imensurável dedicação e amor que as assistentes sociais participantes da pesquisa declararam ao seu campo de trabalho e sua profissão, muitas chegaram a afirmar que a prática profissional é uma missão, não podendo ser exercida por qualquer um.

A orientação compreensiva adotada neste estudo fez perceber que mais importante do que formular explicações e argumentações definitivas para os fatos; é estar sempre aberto para conhecê-los. Assim, situa-se no plano da descoberta, compreendendo o Serviço Social na ótica da sua incompletude, para percebê-lo como uma profissão capaz de reinventar-se.

Não há dúvidas de que a Tanatologia é um tema complexo e, portanto, guarda múltiplas expressões que devem ser investigadas, seja com relação à profissão de Serviço Social, seja no que diz respeito às questões que a extrapola. Num mundo em que há o desejo de sempre viver mais, sendo a morte um fenômeno que preocupa e angustia a todos, sendo responsável por profundos impactos nos diversos âmbitos da vida social, estudar a temática, de forma a tentar compreendê-la e assim permitir uma melhor atuação profissional e pessoal, se expressa de forma instigante e desafiante.

O estudo da morte requer uma busca incessante por maiores descobertas. Partindo dessa premissa a pesquisadora tenciona continuar os estudos sobre a temática de modo que a escassez de literatura seja uma página virada e que através do estudo realizado seja possível garantir a uma maior parcela de profissionais o conhecimento deste tema e, assim, assegurar que o temor e o afastamento frente a intervenção da morte seja um fato recorrente do passado. Assim a morte poderá ser vista não só no campo profissional, mas pessoal, como uma etapa que não se tem como fugir, que será sempre lembrada de forma a possibilitar que tenhamos uma maior qualidade de vida!

Por fim é possível salientar que a intervenção do assistente social frente à morte se apresenta como uma prática dotada de significados não somente no âmbito profissional, mas a nível pessoal, pois torna-se muito difícil isolar o sujeito de sua prática. Desse modo, torna-se de suma importância pesquisar para que assim seja possível desmistificar a morte, de forma a fortalecer os indivíduos atuantes na área e contribuir com um atendimento de qualidade e respeito.

## REFERÊNCIAS

ARIÈS, Philippe. **História da morte no Ocidente:** Da Idade média aos nossos dias. Tradução: Priscila Viana de Siqueira - Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BATISTA, Rodrigo Siqueira e SCHRAMM, Fermin Roland. **Eutanásia:** pelas veredas da morte e da autonomia. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003

BAUMAN, Zygmunt. **Sobre a vida num mundo líquido-moderno.** In: **Vida líquida.** Rio de Janeiro: Zorge Zahar, 2007

BEZERRA, T.C.E. **O projeto ético-político do serviço social e seus desafios na sociedade brasileira contemporânea:** esboço de uma interpretação preliminar. Mimio. 2002. Texto apresentado na disciplina de ética em Serviço Social pela autora para apreciação da turma.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988 – seção II. Art. 196.** Brasília, 1988.

BRAVO, M. I. S e MATOS, M. C. de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária:** elementos para o debate. Saúde e Serviço Social, Rio de Janeiro: Cortez, 2004.

BROW, Norman Oliver. **Vida Contra Morte:** O sentido psicanalítico da História. Petrópolis, Vozes, 1972.

CFESS. **Código de Ética do assistente social.** Aprovado em 13.03.1993, com alterações introduzidas pelas resoluções N. 290/94, 293/94 e 333/96, 1993.

CONFERÊNCIA NACIONAL de SAÚDE, 8, Brasília, 17-21 mar. 1986. **Anais.** Brasília, Ministério da Saúde, 1987.

CRESS, Conselho Regional de Serviço Social da 7ª Região. **Resolução nº 49/ 96 de 10.05.1996,** 1996.

SCOREL, S. **Saúde: uma questão nacional.** In: Reforma sanitária: em busca de uma teoria / Sonia Fleury Teixeira, organizadora – 3ª Ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em saúde coletiva, 2006.

ESTEVÃO, Ana Maria Ramos. **O que é Serviço Social** – 3ª edição. São Paulo, Brasiliense 1985.

FLEURY, S. T. (org.) **Reforma Sanitária:** em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

FLORENZANO, Maria Beatriz Borba. **Nascer, viver e morrer na Grécia antiga.**/ Coordenação: Maria Lígia Prado e Maria Helena Capelato - São Paulo. Atual, 1996.

FREITAS, Bruno Peres. **O assistente social na assistência hospitalar e o desafio da humanização: Reflexões sobre a dimensão intersubjetiva da prática profissional.** Tese apresentada à Pontifícia Universidade Católica Do Rio De Janeiro - PUC - Rio. Rio de Janeiro, 2007

GIACOIA, Junior O. **A visão da morte ao longo do tempo.** Ribeirão Preto, 2005.

GOMES, Annatália Meneses de Amorim e RUIZ, Erasmo Miessa. **Vida e morte no cotidiano: reflexões com o profissional de saúde,** Fortaleza: Eduece, 2006.

HAGUETTE, Tereza M. F. **Metodologias qualitativas em sociologia.** Petrópolis : Vozes, 1992.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **A questão social no capitalismo.** In. Revista Temporalis. Nº 03 Jan-Jun. 2001. Brasília, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica,** 5ª edição – São Paulo, Cortez, 1986.

KOVÁCS, M. J. Morte, separação, perdas e processo de luto. In: **Morte e desenvolvimento humano.** São Paulo, Casa do Psicólogo, 1992;

MARANHÃO, José Luiz de Sousa. **O que é morte.** São Paulo, Brasiliense, 1998.

MIRANDA, A. P. R. & CAVALCANTI, P. B. O Serviço Social e sua ética profissional. In: **Revista Ágora: políticas públicas e Serviço Social,** ano 1, nº 2, 2005. Disponível em <http://www.assistentesocial.com.br>

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

RUIZ, E.R. e TEIXEIRA, N.C.M. **Acolher cidadão: estratégia de aperfeiçoamento do SUS em Quixadá, Ceará.** Fortaleza: Eduece, 2006.

SARRETA, Fernanda Oliveira. **O trabalho do assistente social na saúde.** Ciência et Praxis v. 1, n. 2, 2008.

SODRÉ, Francis. **Alta Social: a atuação do assistente social em cuidados paliativos.** Serviço Social & Sociedade, nº82: Cortez, 2005.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** 1ª.ed. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Cortez, 2002.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - Roteiro da entrevista

1. Tempo de serviço no Hospital Público?
2. Área de atuação no Hospital?
3. Você poderia falar sobre sua experiência na área da saúde?
4. Convive com situações de morte?
5. Qual intervenção realiza frente ao óbito de um paciente?
6. Cite cinco palavras que descrevem a morte?
7. Busca apoio em alguma religião para compreender a morte?
8. Se tivessem oportunidade mudariam de trabalho?
9. Tem algum relato sobre pacientes ou familiares que lhe marcaram?

Fonte: O autor, 2015.

## APÊNDICE B

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Declaro, por meio deste Termo, que concordei em ser entrevistado (a) e/ou participar na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada: Os significados da morte para o profissional de Serviço Social no Hospital Público desenvolvida por Maria José Araújo Aguiar. Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Lucilli Grangeiro Cortez, a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (85) \_\_\_\_\_. Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) do objetivo geral, estritamente acadêmico, do estudo que, em linhas gerais, é \_\_\_\_\_.

Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa e que minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo (a) pesquisador (a) e/ou seu (sua) orientador (a). Fui ainda informado (a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Assinatura do (a) participante:

\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) pesquisador (a):

\_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha:

\_\_\_\_\_