



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
CURSO DE MESTRADO

ARTUR FREIRE COSTA DE AZEVEDO

“MORRER COM DIGNIDADE”:

História e moralidade face ao ideário contemporâneo da “morte digna”.

JOÃO PESSOA – PB

2021

ARTUR FREIRE COSTA DE AZEVEDO

“MORRER COM DIGNIDADE”:

História e moralidade face ao ideário contemporâneo da “morte digna”.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Sociologia.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Magalhães Brito

JOÃO PESSOA – PB

2021

**Catálogo na publicação Seção de
Catálogo e Classificação**

A994m Azevedo, Artur Freire Costa de.

"Morrer com dignidade" : história e moralidade face ao ideário contemporâneo da "morte digna". / Artur Freire Costa de Azevedo. – João Pessoa, 2021.

132 f. : il.

Orientação: Simone Magalhães Brito.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Morte. 2. Morte assistida. 3. Adesão a valores. 4. Moralidade.
5. Morte contemporânea. I. Brito, Simone Magalhães. II. Título.

UFPB/BC

CDU 612.013(043)

FOLHA DE APROVAÇÃO

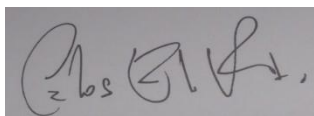
A dissertação intitulada “MORRER COM DIGNIDADE: História e moralidade face ao ideário contemporâneo da “morte digna”, de autoria de Artur Freire Costa de Azevedo, sob orientação do Prof^a. Dr^a Simone Magalhães Brito, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Sociologia, foi aprovada em 25/06/2021, pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:



Prof^a. Dr^a. Simone Magalhães Brito
Orientadora (PPGS-UFPB)



Prof. M.e. Darío-Ivan Radosta
Examinador Externo (UNSAM/FLACSO)



Prof. Dr. Carlos Eduardo Freitas
Examinador Externo (PPGCS-UFRN)



Prof^a. Dr^a. Marina Moguillanski
Examinadora Interna (PPGS-UFPB)

RESUMO

Para os atores sociais que são favoráveis à descriminalização da morte assistida, como a organização espanhola “*Asociación Federal Derecho a Morir dignamente*” (DMD), a forma com que hoje se experiencia a terminalidade da vida é notadamente problemática: signo da modalidade “moderna” de assistência ao morrer, a “morte indigna” contemporânea é fruto da objetificação, despersonalização e assujeitamento do paciente em fim de vida. Contrários a isso e defensores de uma nova modalidade de administração da morte pautada pelo respeito à dignidade e autonomia decisória do paciente terminal, é face ao propósito maior de lutar pela “*libre disposición de la vida*” por meio de uma “pedagogia da boa morte” que a associação sustenta uma narrativa de compromisso moral com o “bem comum”. Como entender essa “pedagogia da boa morte” do ponto de vista moral? Com base nesse questionamento, a presente pesquisa tem como objeto de estudo a “gramática moral” dessa organização e toma como enfoque analítico a relação entre história, moralidade e morte face ao novo estilo de condutas na morte por eles prescrito. Para tanto, parte por dois movimentos analíticos afins: por um lado, o estudo das “condições de possibilidade” para a emergência histórica de organizações dessa natureza, tomando como pano de fundo uma perspectiva histórico-sociológica de “longa duração” sobre a morte; por outro, o estudo do processo de adesão à noção de “civilidade” enquanto aparato moral constitutivo da “morte digna contemporânea”. O primeiro estudo se pautou pela pesquisa bibliográfica em fontes secundárias com perspectivas históricas sobre a morte; o segundo estudo, por sua vez, por uma pesquisa documental da “*Revista de DMD*”, publicação *on-line* trimestral editada pela organização para divulgação do ideário e propósitos por eles defendidos.

Palavras-chave: Morte assistida. Adesão a valores. História. Moralidade. Morte contemporânea.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
Do problema sociológico.....	9
Das justificativas	17
CAPÍTULO 1	22
1 O MORRER HUMANO SOB A ÓTICA DAS CIÊNCIAS HUMANAS: REVISÃO DA LITERATURA	22
1.1 A morte e o morrer à luz das ciências sociais	23
1.2 O “estado da arte” na produção acadêmica brasileira.....	35
CAPÍTULO 2	39
CONSTRUINDO UMA AGENDA DE PESQUISA PARA UMA "SOCIOLOGIA DA MORTE CONTEMPORÂNEA": HISTÓRIA E MORALIDADE.....	39
2.1 Philippe Ariès e Allan Kellehear: uma "sociologia histórica” da morte.....	40
2.2 Norbert Elias: uma "sociologia processual" para o estudo do morrer	45
2.3 Diretrizes metodológicas e técnicas de coleta e análise.....	55
CAPÍTULO 3	59
A MORTE E O MORRER SOB UMA PERSPECTIVA SÓCIO-HISTÓRICA: APONTAMENTOS SOCIOLÓGICOS	59
3.1 A boa morte camponesa	60
3.2 A “morte bem administrada” medieval.....	66
3.3 O processo civilizador e a modalidade “moderna” de gestão da morte.....	81
CAPÍTULO 4	92
A MORTE DIGNA E SEU APARATO MORAL: CIVILIDADE NO MORRER	92
4.1 A morte “vexaminosa”, “indecorosa” ou, numa palavra, “indigna”.	93
4.2 Civilidade na “pedagogia da boa morte” contemporânea	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130

INTRODUÇÃO

Gloria Taylor, canadense, sofreu de esclerose lateral amiotrófica (ELA). Em poucos anos, a doença iria enfraquecer seus músculos até não mais conseguir andar, usar as mãos, mastigar, engolir, falar e, por fim, respirar. Taylor não quis passar por tudo isso: "*queria morrer quando quiser*"¹. Da mesma maneira, Margareth John, britânica acometida por um câncer de ovário, afirmou, em 2015, que sua terminalidade seria indigna e dolorosa caso não lhe fosse dado o direito de "*controlar o fim da minha vida eu mesma*". Para diversas organizações mundo afora, como a espanhola "*Asociación Federal Derecho a Morir dignamente*" (DMD), a expressão "morrer quando quiser" representa estender o "ideal da dignidade humana" ao processo da morte. Compreendem que não basta uma vida digna, é preciso, acima de tudo, morrer com dignidade. A ênfase no respeito à autonomia, liberdade e dignidade individuais ao "morrer mediante os meus critérios de dignidade" vem mudando o próprio significado da morte, bem como a sensibilidade contemporânea face ao fenômeno. A eutanásia, que significava originalmente uma ação que produzia uma morte suave e fácil², figura hoje, na gramática moral daqueles atores, como o direito à "morte digna".

Um dos principais signos que atestam essa mudança de sensibilidade se trata do "novo individualismo nas decisões da saúde" (MENEZES, 2004). Constatada a partir da segunda metade do séc. XX, tal mudança é correlata à emergência histórica de organizações mobilizadas em torno da defesa por uma nova forma, mais humanizada, de gestão do período final da vida (Ibid., 2004). Seja na proposta surgida sob o nome de Cuidados Paliativos ou na defesa pela legitimidade da morte assistida³, o ideário dessas organizações fundamentou uma nova escala de valores e táticas institucionais em relação à morte, cujo caráter tem o seguinte teor: a inclusão, a partir do respeito ao princípio da autonomia e dignidade humana universais, do paciente terminal no interior das tomadas de decisões concernentes à terminalidade da vida e morte (Ibid., 2004), das quais até então ele fora expulso⁴. Essa nova forma de gerenciar o fim

¹ Disponível em <<https://morteassistida.com/2018/05/28/morrer-no-tribunal-peter-singer/>>. Acesso em 15/02/2020.

² BRITO, António José dos Santos Lopes de; RIJO, José Manuel Subtil Lopes. **Estudo jurídico da eutanásia em Portugal: direito sobre a vida ou direito de viver?** Coimbra: Almedina, 2000, p. 26.

³ Prática que compreende a eutanásia e o suicídio medicamente assistido (S.M.A) e consiste no ato de, em resposta a um pedido informado e consciente, antecipar a morte de doentes que passam por grandes sofrimentos, sem esperança de cura.

⁴ A noção de "expulsão" é do historiador francês Philippe Ariès (1977) e remete à noção de "desapropriação" da própria morte, signo da gestão sociomédica do morrer moderno. Na modernidade, considera-se que o doente foi "expulso" ou "desapropriado" de sua própria morte à medida que a assistência terapêutica ao morrer não considera a autonomia, dignidade, direitos e autodeterminação do paciente em fim de vida.

da vida, mais abaixo detalhada e doravante intitulada “morte contemporânea”⁵, significou não tanto uma “liberação” da morte das amarras médicas e hospitalares que a modernidade lhe conferiu, mas o surgimento de novos discursos, valores e práticas em relação ao morrer, que visam conferir ao enfermo uma morte “digna” ou “boa”.

Nesta pesquisa, o estudo do aparecimento, desenvolvimento e institucionalização das chamadas “organizações sociais para o morrer” representa uma das melhores vias de acesso ao processo contemporâneo de mudança na moralidade, valores e sensibilidades associadas à morte. Tomando como objeto organizações englobadas naquele segundo tipo de modalidade de assistência ao morrer — voltadas à defesa da morte assistida —, especificamente na organização espanhola “*Asociación Federal Derecho a Morir dignamente*” (DMD), a pesquisa parte pelo estudo da “pedagogia da boa morte” prescrita pela organização, subdividindo sua estrutura em dois movimentos teóricos-analíticos que buscam dar conta das “afinidades eletivas” entre I) o estudo das “condições de possibilidade” para a emergência histórica de organizações dessa natureza, tanto quanto de sua “pedagogia da boa morte”, tomando como pano de fundo processos sociais de “longa duração”; e II) o estudo da *gramática ou conteúdo moral dessa organização*, com vistas a compreender o *processo adesão a valores no morrer*, tomando como recorte as noções de moralidade compartilhadas pela organização e buscando responder à pergunta acerca de como e por que, quando aplicadas à gestão da morte (as noções de moralidade), a tornam “boa” ou “digna”.

Para o primeiro movimento teórico, uma pesquisa bibliográfica em fontes secundárias com vistas a realizar uma “reconstrução histórica” dos “modelos de morte”, bem como dos significados morais da morte ao longo da história, foi desenvolvida. Para tanto, foram considerados livros sobre a morte e o morrer com uma perspectiva “macro-histórica” ou “macrossociológica”, subsidiando uma visão de “longa duração” do fenômeno. Já para o segundo movimento analítico, foi realizada uma pesquisa documental centrada na análise da “*Revista de DMD*”, uma publicação trimestral editada e publicada pela organização que contém, dentre várias coisas, um vasto material empírico que subsidiou as análises centradas em abordar como as noções de moralidade compartilhadas pela organização justificam, fundamentam e ancoram uma visão específica do que é, e deve ser, a morte. É por oferecer um vasto material empírico disponível à análise sociológica proposta que encontramos, nessa organização, uma apreensão do significado moral da morte no tempo presente.

⁵ O conceito foi cunhado pela antropóloga brasileira Rachel Aisengart Menezes em seu livro “Em busca da boa morte: antropologia dos Cuidados Paliativos” (2004). Busca apreender uma série de práticas relativas à gestão do período final da vida que estão em contraposição direta àquelas vigentes na gestão “moderna” da morte.

Do problema sociológico

As “organizações sociais para o morrer” nasceram, se desenvolveram e se institucionalizaram na segunda metade do séc. XX, nos Estados Unidos e na Europa, com o propósito de defender os direitos da pessoa doente e garantir o seu acesso ao ideal contemporâneo da “morte digna”. Elas se subdividem em dois tipos distintos, com duas propostas diferentes correlatas ao tipo de paciente que se busca auxiliar: por um lado, pacientes considerados “fora de possibilidade terapêutica de cura” (FPT), geralmente portadores de doença crônica degenerativa, como o câncer; por outro, pacientes já em condição de terminalidade, portadores de doenças irreversíveis, também sem esperança de cura, geralmente em situação de “encarniçamento terapêutico”⁶. Para os primeiros, organizações voltadas à divulgação e promoção dos Cuidados Paliativos; para os segundos, organizações voltadas à defesa da morte medicamente assistida. Não obstante as singularidades de cada proposta, ambas subscrevem uma orientação geral de “humanizar” ou “dignificar” o processo de morrer por meio de uma nova modalidade de administrar ou gerir o fim da vida, caracterizada pela centralidade do doente face ao processo terapêutico na busca da sua “morte digna” ou “boa morte” (MENEZES, 2004).

A “*Asociación Federal Derecho a Morir dignamente*” (DMD), objeto desta investigação, foi fundada no ano de 1984 em Madrid, na Espanha. Autodenominando-se como “independente, sem partido político, mas que luta pela mudança da lei”, a organização não tem fins lucrativos e possui como lema geral a luta pela “*despenalización de la muerte asistida*” e o respeito pela “*libre disposición de la propia vida*”. Organizando-se em torno da defesa e promulgação do “*derecho de toda persona a disponer con libertad de su cuerpo y de su vida, y a elegir libre y legalmente el momento y los medios para finalizarla*”, subdivide sua atuação em três frentes de trabalho: “ação política”, “assessoria” e “sensibilização”, cada qual com serviços prestados e fins buscados correlacionados à ajuda a enfermos terminais “*a morir sin sufrimientos, si este es su deseo expreso*”. Atualmente, a organização conta com mais de 7000 membros filiados e “*varios miles de simpatizantes*”. Sua frente política, que se caracteriza por “*iniciativas a nivel municipal, autonómico y estatal en defensa del derecho a morir con dignidad*”, ancora-se na defesa da “liberdade” face ao processo de tomada de decisões relativas à morte, já que, naquele país, é crime qualquer tipo de auxílio ao suicídio: “*Llevamos nuestras*

⁶ Expressão comumente utilizada pelas organizações sociais para o morrer, significa o excesso de uso de recursos tecnológicos com finalidades curativas, às custas de um prolongamento da vida do doente, sem perspectivas de cura. É sinônimo de futilidade e obstinação terapêutica (MENEZES, 2004, p. 58).

reivindicaciones al terreno político para que la muerte deje de ser un tabú en la sociedad y en la legislación".⁷

Face ao modelo de gestão da morte atualmente prevalecente na Espanha, o diagnóstico é que *"miles de personas mueren mal cada año, víctimas de padecimientos insoportables a los que no pueden poner fin"*, e tanto a eutanásia quanto o suicídio assistido estão enquadradas no artigo 143 do código penal espanhol.⁸ Ancorando-se na noção que atesta que *"la diferencia entre morir bien o mal depende de si conoces los derechos sanitarios que te amparan al final de la vida"*, bem como na larga aceitação social da morte assistida na Espanha — que atingiu, na última pesquisa de opinião realizada em 2019 pelo jornal *Metroscópia*, a surpreendente marca de 87% de favoráveis⁹ —, a organização sustenta uma narrativa de defesa do enfermo terminal no processo do morrer enquanto compromisso moral com a “dignidade humana”, para que *"puedas decidir tu final en libertad, se respeten tus valores y no tengas que recurrir ni al exilio ni a la clandestinidad"*.

Dentre as várias esferas de atuação da associação, destaca-se o propósito de desenvolver *"una pedagogía de la buena muerte"*, que, *"a través de información y actividades fomentando que la ciudadanía tome sus propias decisiones con libertad"*, ajude a *"superar el tabú de la muerte"*. É face ao propósito maior de afastar o “tabú da morte” por meio de uma “pedagogia da boa morte” que a associação sustenta uma narrativa de compromisso com o “bem comum”, estruturando, para isso, esferas de “assessoria” e “sensibilização”, cujos objetivos são *"actividades informativas y de divulgación cada año para promover nuestros valores y concienciar a la ciudadanía de sus derechos al final de la vida"*, passando pela divulgação e campanhas de sensibilização em torno dos *"derechos sanitarios que te amparan al final de la vida"*, como o direito de *"rechazar cualquier tratamiento (aunque eso acorte su vida), a dejar su voluntad por escrito en un testamento vital, al alivio del sufrimiento y a disponer de su propia vida de forma autónoma si así lo desean"*.

A inovação dessas organizações, sua escala de valores e sensibilidades se tornam mais perceptíveis se postas em confronto direto com a transformação das condições sociais, culturais e médicas da morte ao longo do séc. XX, ocorridas especialmente após o término da Segunda

⁷ Citações extraídas da página virtual do DMD. Cf. <<https://derechoamorir.org/>>.

⁸ *"El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo"*. Ver <<https://derechoamorir.org/eutanasia-espana/>>. Acesso em 08/09/2020.

⁹ Ver <<http://metroscopia.org/8865-2/>>. Cf., também, <<https://www.ipsos.com/es-es/el-85-de-los-espanoles-favor-de-regularizar-la-eutanasia>>. Além dessas fontes, também esta: <https://brasil.elpais.com/brasil/2019/07/11/internacional/1562859484_327711.html>. Acesso em 06/10/2020.

Guerra Mundial. Menezes (2004) destaca que a chave de leitura para entender essas transformações está no desenvolvimento de recursos biotecnológicos voltados ao aumento do tempo de vida, como a ressuscitação cardíaca, a respiração mecânica, a hidratação/alimentação artificial etc. A implementação progressiva destas tecnologias levou tanto à redefinição do critério da morte — não apenas cardíaco/respiratório, mas também cerebral/encefálico — quanto à “complexificação” do fenômeno da morte — já que “a morte de distintas partes do corpo tornou-se as mortes sucessivas do mesmo indivíduo” (MENEZES, 2004) — e abriu, enfim, as portas para o debate sobre quais eram, de fato, as fronteiras da vida e, principalmente, da morte.

No curso dessas transformações, a medicina adquiriu cada vez mais um caráter hospitalar e institucionalizado, orientada por um ideário “curativo” de emprego dos recursos terapêuticos e aplicação intensiva de tecnologias para o prolongamento do tempo da vida. É na esteira desses processos de “medicalização” e “retardamento do morrer” que Philippe Ariès (1977; 2014), notório estudioso dos costumes face à morte, cunhou o conceito de “morte moderna”, modalidade de enfrentamento do morrer que, praticada por agentes e instituições de cuidados relativos à saúde, tem como traços fundamentais, além de uma *hiper*-medicalização e retardamento do morrer, o banimento cultural e simbólico da morte da vida social, o recalçamento das emoções e do luto e, por isso, a produção da objetificação, despersonalização e assujeitamento do doente. A modalidade “moderna” de assistência ao morrer emergiu no interior do campo médico quando uma mudança de paradigma instituiu a “racionalidade anátomo-clínica” como fundamento da medicina, corolária do movimento geral que levou à hospitalização e institucionalização da morte iniciado em meados do séc. XVIII (FOUCAULT, 2017). A partir desse contexto, surgiu uma “deontologia médica” que associa a morte de um paciente a um fracasso profissional, e cresceu, gradativamente, o poder, prestígio e autoridade do médico hospitalar, cujo “paternalismo” na relação com o paciente dificulta o acesso dos familiares, e do próprio paciente, ao processo de “autonomia decisória” na experiência da morte.

As organizações sociais para o morrer, como o DMD, surgiram exatamente no interior de um contexto histórico cujo debate ético sobre qual a melhor forma de gerir o período final da vida era candente. Suas atuações caminharam no sentido de denunciar, criticar e se contrapor ao emprego intensivo e irrestrito de recursos terapêuticos e farmacológicos voltados unicamente ao aumento do tempo da vida, cujas consequências práticas de implementação geraram condições (de vida e morte) descritas como degradantes, aviltantes e violentas: deterioração da

qualidade de vida, produção da futilidade terapêutica¹⁰, uma maior perda da consciência e funções cerebrais, condição de definhamento, o interminável retardamento do processo de morte natural, entre tantas outras. Assim, a atuação social dessas organizações, a produção de novos significados, suscitada pela defesa da autonomia decisória e dignidade do enfermo terminal no processo da morte, caminha no sentido de produzir novas representações, valores e práticas em relação ao moribundo, terminalidade da vida e, principalmente, morte. O doente FPT, ou vítima do “encarniçamento terapêutico”, antes “ignorado e abandonado pelo saber médico e suas instituições”, é, com advento dessas organizações e da implementação prática de seus novos ideários e condutas, “investido de um valor positivo pelos ideólogos e profissionais da causa da “boa morte” (MENEZES, 2004, p. 21).

Foram os novos ideários e práticas dessas organizações em relação à administração do período final da vida que deram forma, significação e relevância à “morte contemporânea”. Que seria este ideário? Sua característica mais fundamental é a transformação das relações de poder entre enfermo, família e equipe profissional, historicamente desiguais, visando a construção de uma relação igualitária entre os três agentes diretamente afetados com o processo da morte (MENEZES, 2004). A “pedra de toque” do ideário da “morte contemporânea”, a palavra de ordem dessas organizações, é, notadamente, o respeito pela autonomia decisória do paciente, que emerge no interior dessas representações e práticas relativas à saúde dotado de um valor positivo, status e direitos indispensáveis à construção de uma “boa morte”. Apesar das diferenças e especificidades de cada proposta¹¹, o ideal é que o indivíduo que está morrendo controle, na medida do possível, o processo do morrer, “realizando escolhas a partir das informações sobre as técnicas médicas e espirituais que considerar adequadas” (MENEZES, 2004, p. 37).

A viabilidade dessa proposta advém a partir de uma “extensa produção discursiva acerca do processo de tomada de decisões relativas à doença, ao sofrimento e à morte” (MENEZES, 2004, p. 20), em que o paciente, nesta modalidade possuído de voz, é estimulado pela equipe médica a participar ativamente e é respeitado em suas deliberações. Essa tomada de decisões, como destacou a antropóloga brasileira Rachel Aisengart Menezes em seu livro “Em busca da boa morte: antropologia dos Cuidados Paliativos” (2004), acontece quando a relação equânime

¹⁰ “Futilidade terapêutica” e “encarniçamento terapêutico” são conceitos sinônimos no interior da discussão bioética que pesquisa a gestão sociomédica da morte nas sociedades contemporâneas. Ambas as noções retratam o processo de retardamento da morte natural de pacientes terminais por meio de tecnologias de suporte à vida. A crítica reside no reducionismo biotecnológico do doente, no totalitarismo médico e na ausência de preocupação com a qualidade de vida restante do paciente terminal.

¹¹ Ver MENEZES, Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Editora Garamond, 2004.

e a comunicação franca entre enfermo, família e equipe profissional permite o conhecimento do avanço da doença — até os anos 60, os manuais de medicina dos Estados Unidos recomendavam o ocultamento da verdade ao enfermo terminal¹² —, incentiva a expressão de sentimentos do paciente, geralmente desconsiderados e indesejados, e ocorre a escuta e atuação daqueles que estão ao seu redor (MENEZES, 2004, p. 40). Na forma em que foi incorporado pelos Cuidados Paliativos, a proposta do ideário — que segue uma orientação “paliativa”, e não “curativa” da medicina — é oferecer uma assistência “voltada a cuidar e aplacar o sofrimento” sob a forma de controle dos sintomas, qualidade de vida no tempo de vida restante, aceitação da morte e “resgate das pendências”. Na proposta das organizações voltadas à defesa da morte medicamente assistida, por exemplo, o DMD, as principais características são a luta pela admissibilidade moral do suicídio assistido, o auxílio jurídico em disputas judiciais pela “autonomia para morrer”, prestação de serviços como a formulação das Diretivas Antecipadas da Vontade e da Guia de Sedação Terminal, entre outras.

O valor positivo conferido ao enfermo em fim de vida, signo da sensibilidade contemporânea face ao morrer, encontra expressão institucional, por exemplo, na *"Ley Básica reguladora de la Autonomía del Paciente"*, promulgada em 2002 pelo parlamento espanhol. Direitos como *“a la información clínica”, “a la intimidad”, “a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles (consentimiento informado)”* ou *“a negarse al tratamiento y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el/la paciente”* são meios de *“evitar tratos inhumanos o degradantes, recurriendo a la sedación paliativa (morir dormido) si esa es su voluntad”*, ou de garantir o *“alivio del sufrimiento, accediendo a una medicina paliativa de calidad que sea respetuosa con sus valores y creencias”*. Aqui, as palavras que mais se destacam para percebermos as diferenças entre essas duas modalidades de gestão da morte são “defender”, “evitar”, “ajudar”, negar”, ancoradas no respeito à autonomia decisória e dignidade do paciente em fim de vida, até então desconsiderada pela modalidade “curativa” de assistência ao morrer.

Para a presente investigação, é fundamental a forma apropriada com a qual devemos apreender conceitualmente esse “movimento geral” — de transformação nas condições de morte ao aparecimento das organizações sociais para o morrer, por um lado, e a construção do ideário que orienta o DMD e sua “pedagogia da boa morte”, por outro. Tal problemática se situa nas sendas de outros estudos das ciências humanas e sociais que abordam a morte, e os discursos e condutas face à este evento, em suas dimensões práticas, simbólicas e estruturais

¹² Ver MENEZES, Rachel. Ciência em Foco - Você não conhece Jack / Rachel Aisengart Menezes. **Youtube**. 29 de ago. de 2014. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=W20xxvL9T_c>. Acesso em 07/02/2020.

(p. ex., ARIÈS, 1977, 2014; ELIAS, 2001; MENEZES, 2004; DURKHEIM, 2011; FOUCAULT, 2011, 2017; KELLEHEAR, 2016). Para proceder com o estudo dessa organização, divido a pesquisa em dois “momentos”, dois movimentos teórico-analíticos específicos que buscam dar conta de duas problemáticas afins: por um lado, uma análise sociológica das “condições de possibilidade” para a gênese histórica de organizações como o DMD, desenvolvendo discussões que versam, por exemplo, sobre o processo de gênese e transformação de modelos de morte — em que faço uso das perspectivas macro-históricas de Philippe Ariès (1977; 2014) e Allan Kellehear (2016) — para pensar a gênese histórica do DMD, bem como sobre processos sociais de “longa duração”, como o processo civilizador (ELIAS, 1994), e sua importância enquanto elemento chave na construção social de uma imagem “domada” e “medicalizada” do morrer. Para tal intento, me oriento por perguntas da seguinte natureza: qual a relação entre o ideário das organizações sociais para o morrer e o processo mesmo de controle e domesticação da experiência de morte, do qual fala Kellehear e Elias? Ou, também: como o ideário de morte prescrito pelo DMD encontra suas “condições de possibilidade” em antigos estilos de conduta no processo do morrer?

Ambas as perguntas se orientam pelos aportes teóricos da “sociologia da morte” aqui aventada e sua compreensão histórico-social da morte, que apreende o fenômeno no curso de uma longa duração e aborda a gênese e a transformação de “modelos de morte” por meio de pressupostos que destacam o que existe de continuidade, de “duradouro” ou “estrutural” no fenômeno. É essa compreensão última acerca da “continuidade histórica” entre modelos de morte, fundada no pressuposto teórico segundo o qual os estilos hoje predominantes no morrer se constituem a partir de características herdadas e remanescentes de modelos anteriores (KELLEHEAR, 2016), que justifica, no geral, o retorno à longínquas épocas históricas e suas condutas face ao morrer. A “pedagogia da boa morte” defendida e prescrita pelo DMD, ainda que inovadora e idiossincrática face ao contexto histórico, social e simbólico das sociedades contemporâneas, encontra nas condutas diante da morte de antigos povos e sociedades sua “gênese histórica” e, em última instância, sua própria “condição de possibilidade”. Essa discussão será largamente fundamentada no capítulo três deste trabalho.

É buscando dar conta desse movimento histórico de transformação na imagem da morte que inicio a discussão acerca do nascimento das organizações sociais para o morrer e, assim, dessa nova sensibilidade diante da morte, da qual o DMD é expressão. Aqui, já me refiro ao segundo movimento analítico acima citado. A pesquisa se interessa fundamentalmente pela “gramática moral” dessa organização enquanto via de acesso para a análise da moralidade compartilhada pelo grupo e, assim, da “pedagogia da boa morte” prescrita pela organização.

Ao abordar o ideário de morte com uma análise centrada nas noções de moralidade ali partilhadas, meu propósito, além de compreender como categorias morais estão sendo utilizadas enquanto modos de justificação e fundamentação específica do que é, e deve ser, a morte, também é demonstrar que essa “pedagogia da boa morte” comporta em si não apenas elementos médico-rationais, mas qualitativos-morais. Aqui, perguntas da seguinte natureza orientam meu olhar analítico: quais são as noções mais fundamentais de moralidade partilhadas pelo grupo e por que, quando aplicadas à gestão da morte, a tornam “boa” ou “digna”?

Como estudá-la, portanto? É aqui faço uso dos aportes teóricos oferecidos pela sociologia figuracional de Norbert Elias, particularmente, naquilo a que concerne uma “sociologia da moralidade” presente em seu pensamento. Para tanto, tomo como recorte analítico o processo de adesão à noção de *civilidade* na experiência da morte, abordada aqui enquanto aparato moral imprescindível da “boa morte”. Por que estudar a adesão à noção de civilidade no morrer? Por um lado, a civilidade é fundamental para explorarmos de que maneira a “pedagogia da boa morte” defendida pelo DMD ancora-se em noções de moralidade, ou, dito de ou modo, de que maneira a adesão à boa morte pode ter sido suscitada pela adesão à noção de civilidade no morrer.

Por outro, a civilidade aparece na gramática moral de organizações como o DMD para fazer frente aos dogmas jurídicos, médicos e religiosos que inibem a autonomia decisória — como a autonomia para morrer — do paciente terminal, e que sustentam, em muitos casos, a vedação legal e interpretativa da morte assistida. Ela oferece, para esses atores, uma espécie de “pedra angular” mediante a qual se define o que são práticas aceitáveis e inaceitáveis, legítimas e ilegítimas na experiência de morte de um paciente terminal. De que modo? A partir de discursos que retomam um sentido de *controle individual do processo terapêutico*. É precisamente com o recurso à noção de civilidade que a conexão entre os dois movimentos teórico-analíticos aventados pela pesquisa se torna mais clara e, em especial, mais fecunda. Aqui, meu propósito é demonstrar como a defesa pelas prerrogativas éticas, jurídicas e morais do indivíduo terminal face ao processo terapêutico, elemento central na “pedagogia da boa morte” prescrita pela organização, imprimem um sentido de “civilidade” à morte à medida que incorporam lógicas de controle e domaçaõ daquilo tido como “selvagem”: do corpo deteriorado, do tempo certo de morte, da experiência indômita da morte, que se expressam por meio de uma organização disciplinada do *self* e um autocontrole psíquico-pulsional indispensáveis à “boa morte”. Por meio da investigação histórica da morte aventada no primeiro movimento analítico, perceberemos que tal controle do morrer é ele próprio um processo de longa duração, gestado nas experiências de morte “selvagem” observadas na Idade Média.

Em outro sentido, a noção de civilidade promove efeitos de adesão à boa morte quando a defesa pelo direito de morrer ancora-se em discursos que reiteram sentimentos de repulsa aos processos biossociais típicos do fim da vida, como a deterioração física e biológica do corpo. Os temores da carne e aversão às sujeiras do corpo, por um lado, e os temores associados à perda da capacidade de funcionar independentemente, por outro, são tão importantes para a adesão à morte assistida/boa morte quanto os discursos que reiteram, por exemplo, a dimensão sagrada do indivíduo e sua liberdade/dignidade inquestionável. Isto é especialmente relevante se considerarmos que a "morte indigna", temida e indesejada advém por um conjunto de fatores que englobam a degeneração do corpo, as mudanças e sinais físicos do envelhecimento, tanto quanto a perda da autonomia ou perda da identidade pelo declínio cognitivo — numa palavra, temores quanto à perda da capacidade de autocontrole necessário à “boa vida” e à “boa morte”. Por conseguinte, me oriento por perguntas dessa natureza: de que maneira a adesão moral ao ideário contemporâneo da morte digna significa, em outro sentido, a adesão a ideais de civilidade na morte? Como uma imagem “civilizada” da morte a torna “boa”, “digna”?

Em linhas gerais, o trabalho analítico aventado no segundo movimento teórico da pesquisa se torna viável considerando uma série de elementos axiológicos/morais ou históricos/processuais que, face ao DMD, representam um eficaz “ponto de partida” para a análise da “pedagogia da boa morte” prescrita pelo grupo. Diante do que foi dito, o objetivo geral da pesquisa pode ser resumido nos seguintes termos: uma análise sociológica das transformações nos valores morais relacionados à morte na “*Asociación Federal Derecho a Morir dignamente*” (DMD), complementando-se com objetivos específicos intimamente associados a essa problemática central: a) *compreender como a gramática moral do grupo informa um ideário de morte, ou, mais diretamente, como um tipo de moralidade fundamenta uma visão específica do que é a morte*; b) *compreender a conexão entre processos sócio-históricos de longa duração e a constituição de um ideário específico de morte*; c) *compreender o processo de adesão a valores na “morte digna”*. Todos esses aspectos serão detalhadamente discutidos no capítulo 2.

Como diretrizes metodológicas e técnicas de pesquisa, cada movimento teórico-analítico acima descrito comporta aspectos metodológicos e técnicas de coleta e análise específicos. Com a “sociologia da morte”, desenvolvo uma pesquisa bibliográfica em fontes secundárias em livros sobre a morte e o morrer com uma perspectiva macro-histórica, como *A história da morte no Ocidente* (1977) e *O homem diante da morte* (2014), do historiador francês Philippe Ariès, e *Uma história social do morrer* (2016) do sociólogo australiano Allan Kellehear. O processo de escolha dos dados históricos e etnográficos não foi aleatório: tomou

como pano de fundo o recorte, questionamentos e movimentos analíticos aventados pela pesquisa. Já com a “sociologia da moralidade” e seus aspectos específicos, faço uso da análise documental como técnica de coleta e análise dos dados empíricos, tomando como recorte a “*Revista de DMD*”, publicação trimestral da organização. Aqui, me oriento fundamentalmente pela análise documental contemporânea e as técnicas de “desconstrução e reconstrução” do documento. As diretrizes metodológicas adotadas na pesquisa são detalhados ao final do capítulo 2.

Das justificativas

Quando optei por desenvolver uma pesquisa em sociologia que tivesse como objeto central a experiência social de morrer, recordo, com especial atenção, o tipo de reação comumente observada entre as pessoas de meu círculo social: em sua grande maioria, reações negativas, derivadas do contato com o “sofrimento”, com a “morbidez” e “aflição” que a palavra morte carrega consigo. De fato, pelas reações compartilhadas entre vários conhecidos, pude perceber, por um lado, que estava diante de *representações coletivas*, ideias compartilhadas que guardavam sua origem em traços específicos de nossa cultura; por outro, percebi a existência de uma “sensibilidade” atinente à consciência da “morte”, espécie de “pecha negativa” que despertava emoções e sensações suficientemente ruins e indesejadas a ponto de proporcionar sentimentos de embaraço, rejeição, inquietação e incredulidade — mesmo entre colegas da universidade. Me recordo das vezes em que fui tomado por um pesquisador “corajoso” e “resistente”, disposto a enfrentar a “dor” e o “sofrimento”, ou por alguém que gostava da “morbidez”. Em todas essas opiniões, um traço predominante da imagem da morte na cultura ocidental, identificado em 1955 pelo etnólogo britânico Geoffrey Gorer¹³, pôde ser observado: sua associação às ideias de pesar, sofrimento e depressão, diante da qual não se cumpre falar, conversar, lembrar. Eu estava diante de um tabu social. Tal como Gorer e Ariès, vi “na prática” a “conspiração do silêncio” e o ocultamento social que se acerceu do fenômeno ao longo do último século. A morte, que de acordo com Gorer substituíra a sexualidade como tabu predominante, tonara-se suja, embaraçosa e vergonhosa.

A partir desse contexto, comecei a entender melhor qual a natureza das contribuições e a relevância empírica que estudar modalidades contemporâneas de administração da morte poderiam proporcionar a atores sociais os mais diversos, interessados — ou não — nas

¹³ Cf. ARIÈS, Philippe. *História da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977.

representações, discursos e crenças sobre a morte nas nossas sociedades atuais. Ainda que uma jornada altamente espiritual, íntima e particular de cada um, a natureza de nossas representações e vivências individuais sobre a morte se constitui através de um tecido social e simbólico mais amplo, um "repertório simbólico" intimamente constituído por discursos, significações, crenças e ideais que, socialmente produzidos, produzem a "imagem" ou a "vivência empírica" legítima que o fenômeno tem para nós — e produzem, em última instância, a natureza da experiência individual de como entendemos e enfrentamos a morte. Sua associação com ideias de depressão, sofrimento e embaraço, ou mesmo seu afastamento para os "bastidores da vida social" (ELIAS, 2001), no lugar de guardarem alguma relação com reações psicológicas "naturais", "associais" ou "instintivas", são um dado recente na longa história das atitudes e crenças diante do fenômeno, e guardam sua natureza nos estados coletivos da vida social contemporânea, com suas concepções de corpo, saúde, vida e morte, com seus valores e representações associadas ao fenômeno. Compreender "de onde vem" nossas ideias, atitudes e sentimentos face ao morrer, a historicidade ou "condições de possibilidade" das sensações e emoções que temos ao nos confrontarmos com o fim da vida, é, de alguma maneira, lançar uma "luz" no fim de um túnel no qual tudo parecer ser mórbido, sombrio, doloroso demais para enfrentarmos.

Por isso, estudar a moralidade dos nossos estilos de comportamento no morrer ajuda a elucidar muita coisa a respeito de nossas condutas diante do viver. Nos ajuda a entender com mais clareza como e por que episódios de mortes violentas, traumatizantes e "sem sentido" no interior de hospitais altamente tecnologizados e medicalizados, antes de dizerem respeito apenas à dor física e corporal, também o dizem em relação à "dor moral", a dor de se morrer em solidão, perfurado, objetificado e desconsiderado. Por isso, nos ajuda a entender como noções de moralidade estão sendo mobilizadas enquanto discursos que legitimam, ancoram e justificam efeitos de transformação nos nossos modos de viver e morrer. É precisamente aqui, numa compreensão analítica mais acurada dos ideais, dos valores e da moralidade constitutivas da imagem atual da morte que a presente pesquisa espera contribuir.

Desenvolvo esta pesquisa, com as específicas orientações teóricas, metodológicas e analíticas que a compõem, considerando dois aspectos distintos e desiguais, ainda que correlatos, atinentes ao campo mais geral de estudos sobre a morte o morrer: por um lado, o escasso volume de agendas de pesquisa e programas de investigação estritamente sociológicas sobre organizações sociais para o morrer nas ciências sociais brasileiras, fato atestado pela revisão da literatura por mim realizada sobre o tema; por outro, o caráter altamente díspare,

fragmentário e idiossincrático do objeto — me refiro à morte “em geral” — nas demais áreas do conhecimento científico que para ele se voltam, como a enfermagem e a medicina, a bioética e o direito.

Ainda que o interesse pela morte digna enquanto objeto de investigações sociocientíficas não seja recente, sua relevância científica parece não despertar maiores curiosidades nas ciências sociais brasileira. Como afirmo no capítulo 1 desta dissertação, o levantamento bibliográfico realizado em bases de periódicos, artigos e teses pouco encontrou ou contribuiu em termos de agendas de pesquisa *diretamente* interessadas pelo estudo e pesquisa em organizações em prol da morte assistida. O vasto interesse pela “morte digna” enquanto tema de pesquisa “da ordem do dia” para outras modalidades de conhecimento, que se expressa pela enormidade de trabalhos nas áreas de enfermagem e bioética, ou mesmo no direito e na filosofia, não se evidencia na sociologia brasileira contemporânea. Este fato já aponta para algumas das justificativas ou contribuições gerais da pesquisa: novos pontos de partida, novos recortes e questionamentos, a possibilidade do diálogo interdisciplinar que conduza o campo de estudos a novos *insights* e compreensões.

Mesmo entre as pesquisas sociológicas que se voltam ao estudo da morte digna contemporânea, a predominância é pelo interesse em pesquisar modalidades alternativas de assistência, como os Cuidados Paliativos, e seu processo mesmo de desenvolvimento e institucionalização no cenário cultural brasileiro — ainda que avançado, atualmente em pleno curso no Brasil. Nestas pesquisas, predomina uma orientação analítica mais “prática”, à semelhança das áreas da saúde, voltadas a investigar *em curso* o processo de assistência ao morrer, com pesquisas de campo geralmente situadas em hospitais de Cuidados Paliativos e de caráter etnográfico, focando em aspectos como a normalização e a gestão sociomédica da morte, ou como o morrer condiciona os pacientes e impacta o trabalho dos profissionais de saúde. É tendo como pano de fundo a ausência de estudos sociológicos sobre a morte assistida enquanto modalidade do morrer digno contemporâneo, por um lado, e a possibilidade mesma de inaugurar uma perspectiva sociológica centrada nessas organizações e suas noções de moralidade, por outro, que eu destacaria a contribuição esperada e justificativas gerais da pesquisa. No lugar de estudarmos a aplicação “empírica” dessa gestão sociomédica, partimos pelo estudo dos valores e noções de moralidade que orientam as práticas.

Ainda que essas pesquisas possuam um caráter sociológico, sua ótica “aplicada” nos afasta de suas perspectivas teóricas à medida que a orientação teórico-analítica aqui aventada se interessa pela “gramática moral” das organizações e condutas eutanásicas. Ao focar em aspectos do fenômeno que não se relacionam diretamente com a gestão sociomédica aplicada

da morte, a pesquisa contribui com esse campo de estudos à proporção que pauta como categoria analítica o processo de adesão a valores no morrer e, em última instância, de que modo essa gestão sociomédica da morte contemporânea orienta-se não apenas segundo princípios médicos-rationais, mas qualitativos-morais. O recurso aos aportes teóricos da "sociologia da moralidade" oferece a vantagem de partir pelo estudo e conhecimento das crenças, valores sacralizados e noções de moralidade que orientam, em muitos sentidos, o que é considerado "certo" ou "errado", "digno" ou "indigno" nas próprias ações dos agentes envolvidos no processo do morrer e, de maneira geral, no próprio estilo de administração da morte contemporânea.

Por outro lado, é face ao caráter altamente díspare, fragmentário e idiossincrático dos estudos sobre a morte das diversas modalidades de conhecimento científico que se voltam ao assunto que a pesquisa comporta, possivelmente, sua maior "contribuição". Nestas pesquisas, é comum encontrarmos pontos de vistas que caracterizam o ideário contemporâneo de morte enquanto uma "novidade" ou "inovação" nos estilos de conduta no processo de morrer — uma espécie de emergência, até então inédita, de modalidades inovadoras de administração da morte ou pioneiras em seu *modus operandi*. Ainda que tratar desse ideário enquanto inovação permita apreendê-lo melhor em suas singularidade histórica, partir pelo que existe de novo ou inovador é, por assim dizer, uma "faca de dois gumes": se corre o risco de, no trabalho analítico, tomar como novo aquilo que outras culturas humanas, em outras constelações históricas, vivenciaram como *tradição* — por outras palavras, é perder de vista sua *historicidade*. Foi buscando apreender a historicidade de organizações e modelos de morte como o DMD que comecei a perceber a relevância da perspectiva de "longa duração" enquanto ferramenta heurística para o estudo do morrer atual. Mais especificamente, foi quando comecei a perceber seu caráter intrinsecamente "processual", com dinâmicas específicas inseridas em processos sociais de "longa duração". Essas perspectivas me abriram as portas para um tipo de investigação centrada em perceber não o que existe de inédito e excêntrico no fenômeno, mas o que existe de *estrutural* ou *duradouro*, destacando aquilo que seriam as *continuidades históricas* com modelos antigos.

A partir desse contexto, percebi a necessidade de uma perspectiva "grande-angular" sobre o morrer que passasse em revista o próprio processo de emergência histórica de organizações dessa natureza, levando em consideração o que seriam as "condições de possibilidade" para seu aparecimento e desenvolvimento. Para fundamentar numa "conduta investigativa" aquilo que eu tinha apenas como "orientação aproximada", recorri às categorias sociológicas, pressupostos teóricos e metodológicos para o estudo sociológico do morrer

elencados por Allan Kellehear em seu *Uma história social do morrer* (2016), especialmente a compreensão, defendida pelo autor em todo livro, que trata do processo de gênese e transformação de modelos de morte: estilos de morte nascem e se desenvolvem a partir de características herdadas de modelos anteriores. O que isso significou para nossa pesquisa? Em suma, que as condutas e estilos de comportamento que ganham nova significação na “gramática moral” de organizações como o DMD, e que constituem o “aparato moral” de sua “pedagogia da boa morte”, encontram sua raiz histórica, na realidade, em povos e sociedades muito mais distantes e antigos do que geralmente se admite. A partir daí, percebi que apenas uma perspectiva histórica de “longa duração” sobre a experiência contemporânea de morte é capaz de destravar essa discussão presa aos seus próprios limites temporais e, consequentemente, conceituais, no interior dos quais a interpretação sociológica vem como que transformar. No lugar de pautarmos a inovação ou novidade desse ideário de morte, é preciso partir por uma ampla narrativa histórica que, atenta ao existe de “duradouro” e “estrutural” na experiência social do morrer contemporâneo, abra as portas para um novo ponto de partida no intuito de lançar novos debate sobre o significado de morrer.

Ao partir por essa perspectiva, o recurso a Norbert Elias e sua teoria do processo civilizador foi quase “natural” e, em grande medida, inevitável. De fato, Elias me proporcionou um referencial sociológico coerente com os dados históricos, antropológicos e etnográficos colhidos nos livros de Ariès e Kellehear, na medida em que me permitiu olhar para o processo histórico de transformação de modelos de morte com lentes analíticas mais precisas, atentas ao desenvolvimento de “longa duração” de uma noção domesticada/domada e controlada do morrer. Com o recurso a Elias e sua noção de civilidade, encontrei tanto naqueles dados históricos colhidos quanto nos próprios dados empíricos do DMD uma chave interpretativa centrada no desenvolvimento, de longa duração, de uma imagem e condutas “civilizadas” face ao morrer, igualmente presente na gramática moral da organização e sua “pedagogia da boa morte”. Foi com o recurso a Elias, em última instância, que percebi os nexos conceituais entre a noção de civilidade e a produção contemporânea da boa morte, esta, por sua vez, uma retomada contemporânea da noção de civilidade, ainda que transmutada em novos atores, valores e práticas. Elias, desse ponto de vista, foi fundamental não apenas enquanto referencial sociológico coerente com o estudo de “longo alcance” que considerei fundamental para apreender o DMD, mas, face ao ideário da organização, imprescindível para o refinamento do olhar analítico dirigido ao grupo e suas noções de moralidade.

Em outro sentido, a pesquisa espera contribuir para aquilo que existe como uma “sociologia da moralidade” presente no pensamento de Elias e pouco explorada pela sociologia

figuracional praticada no Brasil. Pensar a moralidade contemporânea a partir de Elias é pensar a própria civilidade como um aparato moral dessa constelação social, histórica e simbólica. Pensar a relação entre civilidade e morte na gramática moral de organizações como o DMD é pautar de que maneira a civilidade se converte num aparato moral da boa morte, em um dos fundamentos do uso “correto”, “bom” e “digno” da experiência social de morrer.

CAPÍTULO 1

1 O MORRER HUMANO SOB A ÓTICA DAS CIÊNCIAS HUMANAS: REVISÃO DA LITERATURA

Para que possamos dar conta das duas problemáticas centrais desta pesquisa, quais sejam, entender quais seriam as “condições de possibilidade” para a emergência de organizações em prol da morte assistida, e como, em última instância, essas organizações mobilizam aderem a ideais de civilidade para propor uma visão do que é — e deve ser — a morte, é preciso, antes de tudo, detalhar os caminhos teóricos e metodológicos traçados para presente a investigação. Nos próximos dois capítulos, discutirei em profundidade todo o roteiro teórico-metodológico da pesquisa; qual enquadramento teórico e conceitos-chaves da pesquisa e como, por meio deles, orientei o trabalho analítico? O que é uma compreensão histórico-social da morte e de que maneira ela nos ajuda a compreender o próprio DMD? Como irei analisar os documentos? Essas questões serão tratadas detalhadamente a partir das próximas páginas.

Para tanto, duas tarefas são primordiais: 1) uma revisão da literatura sobre a morte e o morrer, a fim de apreender como o tema aparece no horizonte mais amplo de pesquisas científicas anteriores e atuais. A partir deste levantamento bibliográfico, esperamos apreender as principais chaves de leitura mobilizadas pela literatura especializada no tema, isto é, as principais pesquisas, perspectivas teóricas e interpretações que estruturam e delimitam o campo. O capítulo primeiro ocupa-se exclusivamente desse levantamento; 2) o percurso teórico-metodológico da pesquisa, a fim de descrever como esses referenciais bibliográficos subsidiaram a construção de um “programa de investigação sociológica” sobre a morte contemporânea, com seu recorte, objetos, perguntas e categorias analíticas específicos. O capítulo dois foi por inteiro dedicado ao detalhamento das questões teóricas e metodológicas que orientam a pesquisa.

Para sistematizar melhor o presente levantamento bibliográfico, irei dividi-lo em duas seções. Na primeira seção, organizada em ordem cronológica, irei apresentar como se construiu “o interesse sócio-antropológico pela morte” no âmbito das ciências sociais ao longo do século XX. Tratarei, ainda que timidamente, das pesquisas pioneiras nesse campo de estudos do início

do século: as primeiras incursões sócio-antropológicas, com Durkheim e Mauss; o “limbo” cultural e acadêmico de estudos nesta área após as pesquisas pioneiras, e sua importância para o “renascimento da morte” nos estudos sócio-científicos a partir dos anos 1960 em diante, com Anselm Strauss e Barney Glaser, Philippe Ariès, Michel Foucault e Norbert Elias (2001). Algumas perspectivas nacionais, como os estudos antropológicos de Rachel Aisengart Menezes (2000; 2004), e outras mais atuais, como a história compreensiva da morte desenvolvida pelo sociólogo australiano Allan Kellehear (2016). Esse grande apanhado bibliográfico servirá para demonstrar ao leitor não apenas como, ao longo do último século, os estudos sobre a morte e o morrer se desenvolveram em termos de objetos de estudo, interesses temáticos e interpretações majoritárias do campo, mas como, fundamentalmente, se caracteriza uma compreensão sociológica do fenômeno da morte — uma “sociologia da morte”, portanto — e qual seu modo específico de proceder.

Com isto em mente, a segunda seção será composta pelo levantamento bibliográfico do tema desta pesquisa. Aqui, demonstrarei como o tema da morte medicamente assistida já foi abordado em pesquisas relativamente recentes, buscando dar conta do “estado da arte” das pesquisas acadêmicas das ciências humanas e sociais sobre o assunto e suas compreensões mais fundamentais.

1.1 A morte e o morrer à luz das ciências sociais

Nesta seção, discutirei mais detalhadamente como a problemática da morte apareceu no interior do pensamento sociológico e foi, aos poucos, se convertendo numa “agenda de pesquisa” para sociólogos e escolas teóricas das mais diversas matizes — ao longo de todo o século XX e até hoje. De fato, a morte constitui um objeto para investigações sociocientíficas numa escala de tempo que remonta às origens da tradição sociológica de pensamento. Na sociologia clássica, Durkheim (2011) é, talvez, o principal nome a desenvolver um programa decididamente sociológico sobre o fim da vida e morte. Suas primeiras incursões a esse campo de pesquisa resultaram num dos mais importantes e seminais livros de sociologia, *O Suicídio* (2011). Neste livro, ao tomar como ponto de partida a relação entre o número global de suicídios e a população global específica de vários países europeus, Durkheim percebeu que cada sociedade analisada fornecia como que uma “taxa constante de mortes voluntárias”, que chamou de “taxa de mortalidade-suicídio”. Uma taxa que, ano após ano, indicava que o contingente anual de suicídios era quase invariável.

Sua hipótese mais fundamental é que, se a soma total de suicídios em uma dada sociedade é sempre a mesma anualmente, as origens para este mal, tanto quanto a sua explicação, não podem ser buscadas nas motivações pessoais ou nos atos de autodestruição dos indivíduos. Como tal, Durkheim considerou que a unidade de análise deveria ser a sociedade, e não o indivíduo. Com tal perspectiva, o autor inaugurou a compreensão que passou a tratar do suicídio como um fenômeno *social*, cuja explicação deveria ser dada em termos sociológicos — forma de abordagem dos problemas sociais que ficou posteriormente conhecida como o “realismo social durkheimiano”.

Segundo Carlos Cardim (2011), o interesse e estudo do suicídio pelo sociólogo francês seriam o reflexo de um outro interesse sociológico seu, por sua vez latente: o estudo dos laços sociais — que fora iniciado a partir do livro *A divisão do trabalho social* (1893), com a pergunta de como é possível lógicas de solidariedade/reciprocidade em sociedades submetidas a altos níveis de individuação. Contudo, em *O suicídio*, Cardim demonstra que o movimento é inverso: “para melhor compreender a solidariedade há que se estudar o seu oposto: a quebra total de vínculos” (CARDIM, 2011), fato que levou Durkheim a estudar a morte voluntária. Para Philippe Steiner (2016), este movimento teórico seria a expressão de um interesse latente do sociólogo francês pela pesquisa em “*processos de socialização*”, cujo pano de fundo seria o interesse ora nos processos de *integração social*, ora nos processos de *regulação social*, ambos presentes tanto na *A divisão* como n’*O suicídio* (2016, p. 75).

Como ambos os processos aparecem em *O suicídio*? Dito de modo direito, para Durkheim, as taxas sociais de suicídio variam em proporcionalidade inversa ao grau maior ou menor de integração e regulação social. Por outras palavras, quanto mais integrados e coesos forem os grupos dos quais os indivíduos fazem parte — sociedades domésticas, religiosas, políticas —, ou quanto mais condicionarem e regularem a conduta de cada indivíduo particular, menores serão os índices de mortes voluntárias. As causas suicidógenas, antes de guardarem alguma relação direta com fatores patógenos ou climáticos (extra-sociais), o guardam com formas e estados coletivas de organização da vida societária, portanto, intrinsecamente sociais (morfológicos).

Desse modo, o suicídio de tipo *egoísta* vem à tona em decorrência dos baixos níveis de integração social dos grupos particulares dos quais o indivíduo faz parte. Deficiências nos processos de integração social significam ausência de vida coletiva, isto é, ausência de valores, ideais, representações, práticas e fins comuns — numa palavra, moralidade. Acontece quando o grupo, enfraquecido e desestruturado, cessa de fornecer um substrato moral para a vida cotidiana dos agentes e de ser uma potência moral reguladora das condutas. O resultado, afirma

Durkheim, é o desenvolvimento de uma "individação desmesurada", egoísta, ou seja, um individualismo de tipo patológico que faz o eu individual se afirmar frente ao eu coletivo — ocasionando em suicídios. O *suicídio altruísta*, por outro lado, acontece em espaços de sociedade fortemente integrados, marcados pelo peso da moral coletiva e baixos níveis de individuação. Tipicamente pertencente a formações sociais com baixos índices de densidade moral e populacional, e de solidariedade de tipo mecânica, o suicídio altruísta acontece por uma ausência de individuação; o indivíduo, desapegado de si e da vida, incorre na morte de si mesmo com demasiada facilidade quando o peso do grupo é muito grande e o valor do indivíduo é muito frágil. Já o *suicídio anômico*, por sua vez, decorre por deficiências no processo não de integração, mas de regulação social: é quando a sociedade, entendida como uma potência moral, cessa de exercer sobre os *desejos* e as *condutas* individuais um poder regulador — estado que acontece num contexto “anômico” de vida social. A incidência dos estados sociais anômicos na vida psíquica do indivíduo é potencialmente maléfica, e pode suscitar o que Durkheim definiu como “o mal do infinito” (DURKHEIM, 2011, p. 304), em suma, desejos e vontades individuais irrestritas e ilimitadas que levam a um estado potencial de desintegração social.

É factível afirmar que esta obra tem tanto uma "relevância social" e uma "significação heurística" que lhe são muito íntimas, discerníveis a partir de dois critérios correlatos: disciplinar/institucional e teórica/epistemológica. Por um lado, foi uma das obras responsáveis por demonstrar a rentabilidade da sociologia enquanto uma ciência autônoma, viável e objetiva no estudo científico dos fenômenos da vida social (CARDIM, 2011); por outro, ao estudar a problemática da morte a partir de uma abordagem que, posteriormente, ficou conhecida como o “realismo social durkheimiano” — os fatos sociais, dentre eles, o suicídio, possuem origens, causas e significações intrinsecamente sociais, independentes das motivações particulares dos indivíduos — inaugurou uma compreensão *sociológica* do fenômeno da morte. A escolha de Durkheim foi também epistemológica porquê, além de ser um objeto fecundo para se fazer uso dos preceitos metodológicos enunciados em *As regras do método sociológico* (1895), se mostrou a oportunidade ideal, como afirmou Philippe Steiner (2016), de fazer oposição às abordagens rivais que não admitiam a exterioridade do social em relação aos indivíduos. Dessa maneira, Durkheim lançou as bases da orientação procedimental de pesquisa particular à sociologia e ao estudo objeto dos fatos sociais: em respeito à “cláusula de homogeneidade da explicação sociológica”, os fatos sociais só podem ser explicados por outros fatos sociais (DURKHEIM, 1978).

Na mesma época, estudos da antropologia clássica sobre o fim de vida e morte também ocuparam uma posição pioneira nesse campo. De fato, desde o início do século XX, fim da

vida, morte e os significados atribuídos a estes eventos preenchem o imaginário das ciências sociais. Estudos como os de Marcel Mauss [1925], na tradição francesa, e Evans-Pritchard [1940] e Radcliff-Brown [1940], na inglesa, trataram das representações e rituais da morte, em estudos de caráter etnográfico, em culturas não ocidentais. Ainda com Durkheim, o capítulo “Os ritos piaculares e a ambiguidade da noção de sagrado” do livro “*As Formas Elementares da Vida Religiosa*” (1996), retrata, numa perspectiva estrutural-funcionalista, como o clã tribal, ao perder um membro, leva seus membros a manifestar emoções fortes de modo a fazê-los lidar melhor com os perigos advindos da perda. Seu sobrinho, Marcel Mauss, também fez parte da plêiade de antropólogos que, na virada para o século XX, se interessam pela temática da morte enquanto um problema sócio-antropológico. Seu texto “*Efeito físico no indivíduo da ideia de morte sugerida pela coletividade*” é um ensaio fundamental para percebemos a construção social das emoções e do corpo, através da análise de exemplos em que indivíduos morrem “porque acreditam que vão morrer”.

Embora tema frequente de sociólogos, antropólogos e etnólogos clássicos, após essa primeira safra de estudos pioneiros o interesse sócio-científico sobre a morte e o morrer sumiu, de chofre, das agendas de pesquisas dos pensadores das Ciências Sociais. Várias são as explicações para esse silêncio em torno da morte; dentre elas, as razões apontadas por Philippe Ariès (1977) são, provavelmente, as mais aceitas: ao longo do século XX, as sociedades ocidentais modernas passaram por um processo sócio-cultural mais *amplo* de “recalcamento” e “banimento” da consciência da morte, de modo que, na esfera acadêmica-intelectual, o “tabu da morte” se expressou por uma ausência de interesses e pesquisas sobre o tema. Ora, estudos das ciências humanas e sociais sobre a morte só voltaram a ocupar a atenção dos pesquisadores na virada dos anos 1950 para 1960 do século XX. Foram mais de quatro décadas sem produções expressivas sobre o tema. Por conseguinte, a morte ressurge no horizonte temático das pesquisas sociológicas por uma perspectiva ao mesmo tempo crítica e compreensiva: compreender ao mesmo tempo que denunciar a “conspiração do silêncio” que se acercou do fenômeno.

O responsável pelo “renascimento” da morte foi o etnólogo britânico Geoffrey Gorer, em artigo intitulado “*The pornography of death*” (1955), texto fundamental que, de acordo com Ariès (1977, p. 136), inaugurou uma “sociologia da morte”. Como o título deixa entrever, seu artigo possuía um objetivo claramente crítico e denunciativo face ao tratamento dispensado à morte e aos moribundos em sua época: a morte tornou-se, tal qual o sexo na era vitoriana, um tabu. Ou melhor, Gorer diz que a morte *substituiu* o sexo como o principal interdito das

sociedades modernas. Num ínfimo espaço de tempo¹⁴, percebe-se que a morte passou de tema comum e aberto nas conversas cotidianas para objeto de temor, embaraço e até nojo. Contudo, antes deste, Edgar Morin publica, em 1951, “*O homem e a morte*”, livro que pode ser considerado o precursor de uma sociologia da morte:

O silêncio foi rompido pela primeira vez, com estrondo, pelo etnólogo Geoffrey Gorer em um estudo de título provocativo, depois em um livro que revela ao público a existência de um traço profundo, *e até então cuidadosamente escondido*, da cultura moderna. Na realidade, a obra de Gorer foi também o signo de uma mudança nessa cultura. Assim, o interdito da morte, espontaneamente aceito, escapou à observação dos homens de ciência, etnólogos, sociólogos, psicólogos, como se fosse natural, como uma banalidade a que não valia a pena dar importância. Sem dúvida tornou-se um tema de estudo, justo no momento em que começava a ser questionado (ARIÈS, 1977, p. 173-4, grifos meus)

Ora, a partir do artigo precursor de Gorer, estavam abertas as portas para o desenvolvimento ulterior de estudos especializados e sistemáticos sobre o fim da vida e morte. Nestes, o foco de análise centrou-se no processo sócio-histórico de ocultamento social da morte, bem como, face aos moribundos, no tipo de modalidade de gestão da morte erigida sob o signo de seu “tabu” e “recalcamento” — o que fez nascer o interesse sociológico por pesquisas em hospitais e práticas relativas à saúde e morte. Assim, os processos de institucionalização, hospitalização e medicalização da morte começaram a despertar o interesse enquanto “causas eficientes” que levaram à transformação significativa nas atitudes, representações e discursos frente ao morrer surgidas ao longo do século XX, especialmente após a Segunda Guerra Mundial. A hospitalização do morrer passou a ser vista como uma das razões para o recalcamento cultural da morte e signo do tratamento impessoal, frio e duro dispensado aos moribundos (Cf. ARIÈS, 1977). Como destaca Menezes (2004, p. 25), “a morte se tornou um campo privilegiado de observação e análise da fragilização dos vínculos sociais, da crescente institucionalização e rotinização dos cuidados aos doentes e do processo de ocultamento e exclusão social dos que estão morrendo”.

Para Tony Walter (1994), o fim da Segunda Guerra e o avanço de tecnologias biomédicas instilaram nos pesquisadores um renovado interesse pela pesquisa em temas como vida e morte, qualidade do morrer e o papel da instituição hospitalar. De fato, estudos sociológicos sobre o morrer desta época interessaram-se fundamentalmente pelo paradigma médico-hospitalar como objeto seminal para se desvelar as atitudes “modernas” frente ao

¹⁴ Ínfimo porque, adotando a perspectiva de Philippe Ariès em “*História da morte no Ocidente*” (1977), as atitudes diante da morte são milenares, isto é, perduram na consciência individual durante longos períodos de tempo. Isto é histórica e sociologicamente preciso: a mudança de um “modelo de morte” para outro só é passível de visualização teórica numa perspectiva de “longa duração” (ELIAS, 2001).

evento. A medicalização e hospitalização da morte passaram a ser temas chaves para a compreensão da modalidade de gestão do morrer nas sociedades modernas, já que se passou a entender que a medicina, com suas técnicas de prolongamento da vida, desempenhava “um papel fundamental no afastamento da morte das consciências individuais” (MENEZES, 2004, p. 30). Assim, durante os anos 60, ganha espaço nas ciências sociais o interesse pelos processos sociais que transformaram representações e experiências de morte, ou, mais especificamente, uma compreensão da morte como um processo social (SONEGHET, 2020). Como Lucas Soneghet deixa claro, “o paradigma hospitalar baseado no saber biomédico científico é o grande vilão, contexto e pano de fundo das teorias sociológicas e antropológicas da morte nos séculos XX e XXI” (2020, p. 11).

Paralelo ao interesse sociológico por processos institucionais de morte, surge, em Londres, um movimento social denominado *hospice*. Fundado no ano de 1967 pela enfermeira Cicely Saunders, o *hospice* nasce enquanto um movimento pioneiro na construção e difusão de uma nova modalidade de assistência aos doentes: os Cuidados Paliativos (MENEZES, 2004, p. 36). Por meio de uma nova escala social de valores e táticas institucionais frente ao morrer, os *hospices* se propunham a ser, ao mesmo tempo que um movimento denunciativo e crítico da gestão desumanizada da morte nos hospitais modernos, uma proposta alternativa de cuidados terminais para pacientes já considerados “fora de possibilidade terapêutica de cura” (FPT) e abandonados à morte indigna em leitos de UTI’s. A crítica do movimento é que, no contexto hospitalar, se morre muito mal, solitariamente, atravessado por aparelhos e tecnologias de suporte à vida cuja única função é retardar a morte natural, com pouca ou nenhuma “consciência” deste processo; critica-se o excessivo poder institucional do médico e a prática de “desapropriar o moribundo da sua própria morte”. A fundo, a “boa morte” dos Cuidados Paliativos seria o resultado prático da colocação da morte em discurso e a transformação das relações de poder entre médico, família e enfermo, buscando oferecer, a este, um tratamento holístico baseado no controle dos sintomas e respeito por sua autonomia decisória.

Assim, no interior deste movimento contestatório, ou paralelo a ele, a sociologia volta sua atenção para o processo de morrer dentro dos hospitais. Várias pesquisas sócio-antropológicas francesas e britânicas foram empreendidas tomando como pano de fundo analítico o paradigma médico-hospitalar e a gestão “moderna” da morte: Louis-Vincent Thomas, embebido do tom crítico do artigo de Gorer, buscou denunciar, com seu *Anthropologie de la mort* (1975), a “crise da morte no mundo contemporâneo ocidental”. Barney Glaser e Anselm Strauss, por sua vez, tomaram como objeto de pesquisa essa morte administrada pelo saber e pela instituição médica em ambientes hospitalares. Ao investigar as práticas dos

profissionais de saúde em relação aos pacientes hospitalizados, identificaram não só uma “*dying trajectory*” — trajetória institucional — do doente terminal, mas, também, uma estratégia defensiva da equipe hospitalar frente ao moribundo e sua morte. Esta estratégia defensiva era o que gerava, como mostram os autores, a prática de “ocultamento da verdade” ao moribundo: a consciência da morte incutia uma preocupação tamanha na equipe institucional e familiares que, a fundo, era normal a prática de ocultar ao doente sua real condição. Assim, com a hospitalização do morrer, Glaser e Strauss perceberam não apenas um escamoteamento da relação milenar dos indivíduos com a morte, mas, fundamentalmente, “a criação empírica de um estilo de morte em que a descrição aparece como a forma moderna da dignidade” (ARIÈS, 1977, p. 141). Como tal, nessa modalidade de gerir o morrer, que é também uma modalidade de administrar as emoções, não importa “proteger o doente da angústia do final próximo” (...) mas evitar a “irrupção imprevista de manifestações emocionais decorrentes do conhecimento da proximidade da morte” (MENEZE, 2004, p. 31).

Como Ariès deixa claro, os livros *Awareness of Dying* (1965) e *Time for Dying* (1968) de Glaser e Strauss são um marco nos estudos sobre a morte e o morrer; não apenas porque nos permitem visualizar “as atitudes empíricas deste ou daquele indivíduo” frente ao morrer, mas, principalmente, porque os autores descobriram um “ideal de morte” até então desconhecido da literatura especializada no tema e, também, em plena ação com o processo de institucionalização da morte. Ora, nesse “modelo” de morte — que, posteriormente, Ariès denominará de “morte moderna” (1977) — não apenas a verdade é ocultada ao moribundo, mas é exigido, deste, um “*acceptable style of living while dying*”, ou, dito de outro modo, um “*acceptable style of facing death*”. De fato, a ênfase recai sobre o “aceitável” porque, neste estilo de morrer, o que importa é que a morte ocorra de forma a ser tolerada pelos sobreviventes.

No mesmo sentido que Glaser e Strauss, David Sudnow, em *Passing on. The social Organization of dying* (1967), realiza uma etnografia em dois hospitais norte-americanos para investigar como a morte afetava a organização social do hospital e sobre como as famílias eram informadas do falecimento de seus parentes. Para tanto, Sudnow elabora o conceito de “morte social” — anterior à morte biológica — para dar conta da prática de considerar e tratar como morto um paciente ainda vivo. Outro notório estudo sobre fim da vida, morte e luto é *Sobre a morte e o morrer*, da psiquiatra suíça Elisabeth Kübler-Ross. Partindo dos *hospices*, elaborou sua famosa “teoria dos cinco estágios do luto” para dar conta do processo de morte vivenciado por um enfermo terminal em um *hospice*. O primeiro estágio da experiência de morrer seria a negação e, o segundo, a raiva. O terceiro estágio seria a negociação, seguido da depressão e, por último, a aceitação. Ora, é fundamental entender, tal como alerta Lucas Soneghet (2020),

que para o que será publicado sobre a morte e o morrer da década de 60 em diante, os livros de Glaser e Strauss e Elisabeth Kübler-Ross "funcionam quase como duas faces de uma moeda: a medicalização da morte descrita a partir de dentro e as contracondutas correlatas" (p. 11).

Em meados dos anos 1970, entra em cena a pesquisa historiográfica do historiador francês Philippe Ariès, cuja riqueza documental e densidade analítica produzira uma tese a partir de então ecoada nos mais diversos lugares da teoria social. De fato, a tese de Ariès é talvez a mais importante contribuição das ciências humanas e sociais do século XX para estudos científicos sobre fim da vida, morte e morrer. Seus dois mais fundamentais livros sobre a temática são *História da morte no Ocidente* (1977) e o *Homem diante da morte* (2014) — este, uma espécie de vol. 2 do primeiro. Ora, profundamente inquietado com as descobertas feitas por Gorer acerca do processo de ocultação da morte e de quem está morrendo, e envolto com a noção de “conspiração do silêncio” para retratar as condutas relativas ao morrer ao longo XX, Ariès empreendeu um estudo historiográfico visando entender as variações do comportamento humano perante a morte num período de tempo que compreende vários séculos da história humana.

A morte como tabu torna-se uma representação central nesta produção analítica e crítica. A exclusão da morte e de quem está morrendo são citadas como características fundamentais da modernidade. Em suas denúncias contra a expropriação do doente de sua própria morte, os autores qualificam a morte como: “escamoteada, expulsa, banida, excluída” e adjetivos equivalentes (MENEZES, 2004, p. 25).

Buscando compreender, pelo uso da ciência histórica, a gênese do modelo de morte emplacado no séc. XX, Ariès empreende uma larga, referenciada e densa historiografia sobre as atitudes e representações em torno da morte na Europa Ocidental da Idade Média até a modernidade. Para tanto, trabalha as condutas relativas à “gestão da morte” de uma dada época histórica nos termos de “modelos” ou “ideais de morte”, ou seja, maneiras empíricas de se morrer corretamente de acordo com os valores e representações da época. O longo processo de transformação da morte é descrito pelo historiador em dois “modelos”: a passagem da “morte tradicional” para a “morte moderna”.

Para Ariès, a Idade Média seria o referente empírico da “morte domada”, o modelo de morte da aristocracia, militares e cavaleiros da gleba, marcado fundamentalmente por uma atitude resignada e passiva do moribundo, uma aceitação tácita e tranquila do fim da vida por todos, familiares, amigos e vizinhos, que participam coletivamente de uma cerimônia de morte ao mesmo tempo que ritualizada e gerida segundo tradições milenares, organizada pela própria pessoa morrente. Ariès destaca a aceitação resignada da morte como uma crença no “destino coletivo da espécie” ou nas ordens inabaláveis da natureza, tanto quanto o amor à vida e o não

temor à morte. A isto corresponde sua noção de morte domada ou domesticada: a sujeição do homem às leis da espécie, que não cogitava negar ou usurpar — tal qual a morte. Como tal, depreendeu disto uma atitude compassiva, tranquila e familiar perante eventos como a morte, que também é denominada por “morte tradicional”.

A partir do séc. XVIII, por uma série de mudanças histórico-processuais, tais quais a transformação do sentimento familiar, a modificação dos laços sócio-afetivos no ambiente doméstico, a entrada em cena da medicalização do corpo e da morte, tanto quanto a secularização e individualização progressiva das sociedades modernas, a atitude tradicional frente à morte cede terreno para um novo conjunto de atitudes, representações e discursos em relação ao morrer. Nestes, a morte passa a ser vista como uma experiência dramática, violenta, transgressora; à medida que cresce o medo social em torno deste fenômeno, inicia-se um processo de afastamento social da morte e de quem está morrendo. Neste interim, ela passa de objeto frequente na vida social hodierna para assunto de profissionais especializados, e por isso se torna “invisível”, “oculta”. É no séc. XX, após a Primeira Guerra Mundial, que a imagem tradicional da morte é expressamente suplantada por uma imagem que a retrata como vergonhosa, suja, embaraçosa. Assim, a “morte moderna” seria “selvagem” para Ariès por um conjunto de práticas relativas ao morrer que levam, sempre, a que se exclua ou usurpe a morte e a consciência deste fenômeno: sua gestão hospitalizada, na qual impera a lógica do retardamento infinito do morrer; a “desapropriação” do moribundo de sua própria morte; a proibição do luto e das emoções fortes, de modo a reproduzir, em todo o contexto social, a higiene asséptica das emoções no hospital.

De fato, como Menezes resume, “a abordagem histórica de Ariès é fundada na concepção de uma degradação progressiva da relação com a morte estabelecida pelos indivíduos e sociedades” (2004, p. 27). Ainda que o reflexo de preocupações éticas com as condutas e discursos perante a morte nas sociedades ocidentais do séc. XX, o pensamento de Philippe Ariès inaugurou uma compreensão histórica do fenômeno da morte, buscando demonstrar como, ao longo da história, processos sociais específicos — como a medicalização — modificaram as atitudes humanas perante este evento. Da mesma forma que seus contemporâneos, Ariès lançou diversas críticas à modalidade de gestão da morte praticada por profissionais de saúde em hospitais altamente tecnologicizados e produtores da “futilidade terapêutica”. Como se percebe, mais que um contexto sócio-cultural propício para o debate ético em torno da administração da morte, as organizações sociais para o morrer encontraram um contexto intelectual organizado ao redor da crítica à gestão hospitalar da morte, o uso irrestrito de tecnologias de suporte à vida, a despersonalização do moribundo etc.

A noção da existência de um “paradigma médico-hospitalar” ecoada pela literatura especializada teve em Michel Foucault (2011; 2017) um de seus principais expoentes. Junto a Ariès, Foucault também esteve sobremaneira atento às transformações nas práticas e cuidados relativos aos doentes e moribundos com o advento da sociedade capitalista moderna e suas lógicas de medicalização da vida, corpo e morte. Seus estudos acerca da transformação da "economia do poder" e da "punição" instiladas com o advento da sociedade moderna o levaram a perceber como, a partir de um progressivo processo de disciplinamento das instituições sociais, também o hospital moderno, tanto quanto o próprio moribundo, seu corpo e vida e morte, tornaram-se objetos fundamentais para o “poder disciplinar”, suas técnicas de poder e produção de saber. Como tal, o conceito de poder disciplinar é peça chave para entender como Foucault trabalhou a gestão medicalizada e hospitalizada da morte em seus escritos (Cf. FOCAULT, 2017).

Desse modo, foi por um processo gradual de disciplinamento que a lógica interna de funcionamento dos hospitais se transformou ao longo do séc. XVIII. Antes, o hospital funcionava como uma mera instituição de assistência aos pobres — um “morredouro” —, administrada por religiosos cuja preocupação fundamental era mais a salvação da própria alma que prestar cuidados médicos a doentes e moribundos. É na segunda metade do séc. XVIII, a partir da introdução de mecanismos disciplinares e a subsequente reorganização interna do hospital, que ele se transformará numa instituição medicamente administrada e controlada — um instrumento terapêutico. Paralelo a isso, a medicina assiste a uma mudança de paradigma que instituirá a racionalidade anátomo-clínica como fundamento da ciência médica. Conforme demonstra Menezes (2004, p. 28), “(...) na construção da racionalidade anátomo-clínica ocorreu uma nova forma de integração da morte no pensamento clínico, transformando a medicina em ciência do indivíduo”.

Com a reorganização interna do espaço e funções hospitalares, cresce o poder institucional do médico de hospital. A medicalização, processo intimamente ligada a este processo, expande-se de seu lugar reservado ao hospital para começar a agir sobre todo o tecido social,

A medicalização pode ser compreendida como um processo pelo qual a continuada evolução tecnológica modifica as práticas da medicina por meio de inovações em várias áreas, como métodos diagnósticos e terapêuticos, indústria farmacêutica e equipamentos médicos. A medicalização do social pode ser referida à redescritção médica de eventos como gravidez, parto, menopausa, envelhecimento e morte, bem como de comportamentos sociais tidos como desviantes, como alcoolismo e uso de drogas. A medicalização refere-se à ampliação de atos, produtos e consumo médico e à interferência crescente da medicina no cotidiano individual, com a imposição de normas de conduta social (...) O processo de medicalização é basicamente ancorado no corpo, e este é o vetor da individualização ao estabelecer a fronteira da identidade

pessoal. Assim, os processos de individualização e de medicalização do social se encontram intrinsecamente vinculados e articulados (MENEZES, 2004, p. 28)

Com Foucault, inaugura-se o entendimento de que a medicalização passa a ser um dos principais dispositivos de produção de uma “normalização” da vida, do corpo, da sociedade, signo da entrada em cena do poder disciplinar. A noção de poder disciplinar é seminal porque, em suma, permite uma análise genealógica da “entrada” do indivíduo, seu corpo, vida e morte, nos cálculos dos dispositivos, técnicas e relações de poder.

Em 1985, o sociólogo alemão Norbert Elias publica seu hoje clássico — e fundamental para esta pesquisa — “A solidão dos moribundos” (2001). A tese central acompanha o fio argumentativo desenvolvido por Elias acerca do processo civilizador: a partir de uma grande transformação estrutural nas redes de interdependência nas quais estamos envolvidos — p. ex., a intensificação da divisão do trabalho, a consolidação do monopólio legítimo, pelo Estado, do uso da força física, a pacificação interna da sociedade — mudanças correlatas na “economia psíquica” dos indivíduos também ocorreram, expressas por uma transformação na ordem dos processos corporais, reações emocionais e fisiológicas ou, numa palavra, na cognição e sensibilidade individuais. Elias afirma que é este duplo processo (sociogênese e psicogênese) de “longa duração” que estaria na base da transformação das regras de etiqueta, hábito alimentares, sensibilidade aos odores e, fundamentalmente, na transformação nas formas de viver e morrer. No curso de um processo civilizador, aspectos elementares e “animalescos” da vida humana, como a morte, passaram a ser regulados de maneira mais densa, equilibrada e inescapável.

Assim, na modernidade, a morte e os moribundos passaram a padecer de um processo de banimento e ocultamento social e simbólico. Elias distingue quatro características fundamentais que definem a modalidade de gestão da morte nas sociedades modernas, muito distintas daquelas que caracterizavam o morrer em sociedades mais antigas: na modernidade, a morte passou a ser administrada por profissionais especializados no âmbito privado do hospital; um evento vazio de sentido e rotineiro, gerido sob a égide da “informalização” dos repertórios simbólicos, dos sentimentos e das palavras; evento “extraordinário” que acontece apenas no fim de uma longa vida (70/80 anos), e não mais comum e violento aos 30 ou 40, como antes; evento profundamente individualizado e experimentado solitariamente, e não mais coletivo, público e ritualizado como séculos atrás.

Aqui no Brasil¹⁵, uma das maiores referências em estudos sócio-antropológicos sobre a morte e o morrer é a antropóloga Rachel Aisengart Menezes. Na esteira dos estudos das ciências humanas e sociais que tomavam como pano de fundo a modalidade medicalizada de gestão da morte, Menezes aborda, em sua dissertação de mestrado (2000), o cotidiano de alguns hospitais públicos e privados do Brasil para entender a lógica das práticas em torno da morte nos chamados Centro de Tratamento Intensivo (CTIs). Para tanto, faz aparecer o “contexto institucional da morte hospitalar”, em que a mortalidade é experimentada de maneira impessoal, fria e sem dignidade, na medida em que o paciente terminal aparece objetificado e desumanizado frente às situações que enfrenta. Já em sua tese de doutorado (2004), uma excelente etnografia realizada num hospital de Cuidados Paliativos, aborda o cotidiano de vivências e práticas médico-hospitalares em torno da “modalidade contemporânea” de gestão da morte, um conjunto de práticas, condutas e discursos face ao morrer caracterizado pelo respeito à autonomia decisória, valores, dignidade e direitos do paciente terminal — numa palavra, pela busca da “boa morte”. Neste trabalho, Menezes lança luz sobre o processo de mudança de valores, representações e práticas diante da morte na contemporaneidade, usando como pano de fundo o processo de surgimento e institucionalização dos Cuidados Paliativos no Brasil. Numa analítica de sabor foucaultiano dos dispositivos de saber e poder em operação com o novo ideário paliativo, Menezes mostra como a busca contemporânea pela “boa morte” ainda caracterizaria-se pela reprodução de uma modalidade “normalizadora” da experiência de morrer, já que essa modalidade de “morte digna” ainda dependeria, por exemplo, da medicalização e outras práticas relativas de “normalização”.

Ainda na antropologia brasileira, Mauro Pinheiro Koury levou à termo, ao longo das últimas três décadas, uma vasta pesquisa antropológica sobre os significados, iconografias e representações atribuídas à morte, perda, dor e luto no Brasil. Em um de seus artigos – Luto e Sociedade no Brasil no final do século XX (2011) –, objetiva compreender as “apreensões imaginárias” sobre as noções de morte, perda e luto entre os moradores de João pessoa, valendo-se de uma perspectiva comparatista voltada a desvelar, nessa “conformação imaginária”, como os informantes relatam o processo de morte e perda “enquanto significados socialmente esperados de conduta e valores frente a esses processos”. De fato, os significados socialmente atribuídos à fenômenos como o luto ocuparam o centro do olhar investigativo de Koury durante muitos anos. Em 2014, publicou “O luto no Brasil no final do século XX”, artigo que intenta compreender as mudanças comportamentais da população do Brasil em face do luto e da perda.

¹⁵ Aqui, me refiro especificamente aos estudos sobre a morte assistida.

Ainda que usando estes objetos como *mote* analítico, a pesquisa é fruto, na realidade, de um estudo mais amplo, que caracterizou como um mapeamento do comportamento do indivíduo brasileiro e dos segmentos médios urbanos, estudando as mudanças experienciadas na sua sensibilidade observadas especialmente na última década do século XX.

Um outro foco de pesquisa de Koury encontra-se no estudo da iconografia de fenômenos como a morte, partindo pela análise de fotografias mortuárias também no decurso do final do século XX. Para tanto, desenvolveu pesquisas em Belo Horizonte (MG) (2006) e Recife (PE) (2019) voltadas a apreender o uso de fotografias mortuárias enquanto modo de observação do perfil de comportamento dos indivíduos dessas cidades ante a fenômenos como a morte e o morrer, e qual seria o papel da fotografia na “lapidação e direção desse contorno”. Uma vez mais, é objeto transversal nas pesquisas de Mauro o estudo da sociabilidade urbana do Brasil contemporâneo em relação ao luto e aos rituais da dor de quem perde um ente querido

Por fim, cito o recém e igualmente fundamental para nossa pesquisa “Uma história social do morrer” (2016), do sociólogo australiano Allan Kellehear. Tal como Ariès, neste livro Kellehear empreende uma larga e documentada investigação histórica sobre a morte, realizando uma história compreensiva das práticas e representações em torno da morte no ocidente. O que o distingue de Ariès é o recurso a “modelos” de morte antigos e pouco considerados pela historiografia moderna, que, no entendimento do autor, erra ao recuar na escala de tempo apenas até a Idade Média — desconsiderando, por exemplo, o estilo de morte dos primeiros camponeses assentados, vivos há 10.000 anos atrás. Com enfoque macro-histórico e estrutural, Kellehear descreve os distintos arquétipos¹⁶ de morte, com seus específicos traços morais e culturais, encontrados ao longo dos últimos milênios da história humana. Uma de suas teses mais centrais e que justificam o retorno a longínquas épocas é que as condutas, práticas e discursos relativos ao morrer, como aquelas observadas hoje, desenvolvem-se a partir de um *amálgama* de características herdadas de “modelos” ou “estilos” de morte anteriores. Por isso mesmo, o estudo do morrer contemporâneo não prescinde de uma perspectiva de “longa duração” que investigue as práticas e discursos frente a este evento sob o ponto de vista de sua continuidade e duração históricas.

1.2 O “estado da arte” na produção acadêmica brasileira

¹⁶ A noção de “arquétipos de morte” é do próprio Kellehear e versa sobre o predomínio cultural de certos estilos de comportamento no morrer em determinadas épocas históricas. Para o autor, “modelos” ou “arquétipos” de morte são tipos ideais fundamentais ao estudo da transformação na relação do indivíduo com a morte.

Procurando conhecer mais a fundo o “estado da arte” acerca do objeto que nos ocupamos, explorei algumas bases de dados nacionais (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), Scielo Brasil e Portal de Periódicos da Capes) procurando por artigos, dissertações e teses das ciências humanas e sociais cujo título ou assunto fizessem alguma menção aos termos morte (morte digna ou boa morte), morte assistida (eutanásia ou suicídio assistido) e moralidade. De fato, num rápido levantamento percebe-se que estudos acadêmicos sobre a morte assistida não são recentes; o dilema que envolve a legitimidade da eutanásia — atualmente entendida como uma prática para abreviar a vida, a fim de aliviar ou evitar sofrimentos para os pacientes —, há muito é posto em discussão nas mais diversas sociedades contemporâneas, já que se discute não apenas os limites da vida e a delimitação das fronteiras entre a vida e a morte, mas tensões quanto à noção de pessoa no Ocidente e seus direitos (PESSINI, L. 2010). Ainda assim, são escassas as agendas de pesquisa das ciências humanas e sociais brasileiras em assuntos sobre a morte e o morrer — o que não significa dizer que não existam, como tratarei mais abaixo.

Como era de se esperar, a vasta e instigante produção acadêmica sobre o assunto é de domínio das áreas da saúde em geral, como saúde coletiva, enfermagem e bioética¹⁷. É no direito e ciências jurídicas que a questão parece despertar maiores interesses para pesquisadores das humanidades — ainda que o volumoso material produzido tenha como foco central de debate, em sua grande maioria, discussões jurídicas acerca de se é possível falar, de acordo com

¹⁷ A discussão bioética acerca da morte, ainda que muito relevante e coerente com as premissas de seu campo de estudos, interessa apenas de maneira periférica ao presente trabalho. Uma das razões para isso é, sem dúvidas, a forte influência de referenciais médicos e biomédicos nesse campo de estudo, não centrados diretamente em aspectos que norteiam uma investigação “sóciocientífica”. Contudo, para fazemos jus à relevância teórica da discussão bioética, destacam-se as posições bioéticas – também chamada de “bioética laica” – favoráveis à morte assistida, que se baseiam no princípio de respeito à autonomia do paciente doente e entendem que é de sua competência ponderar, de modo autônomo, aquilo que é importante para si. O processo de morrer é definido, nessa vivência, com base nos valores individuais, interesses legítimos e compaixão para com o ser humano (SIQUEIRA-BASTISTA, R; 2008).

nosso ordenamento jurídico¹⁸, num direito à morte¹⁹, e as implicações éticas e jurídicas em torno desse direito.²⁰

Para citarmos um excelente trabalho publicado na área da saúde, destaco a tese de doutoramento de Suely Oliveira Marinho, publicada em 2010. Tomando como recorte os Cuidados Paliativos, a pesquisa teve como objeto analisar os processos de normalização e de gestão sociomédica da morte presentes nessa nova modalidade de assistência em medicina. Profundamente ancorada em Michel Foucault, realiza, tal como fez Rachel Aisengart Menezes (2004), uma pesquisa de campo em hospital de Cuidados Paliativos, investigando a implementação prática deste serviço sob o ponto de vista da gestão normativa da morte. Para tanto, realiza uma análise crítica da concepção de “boa morte” como um dos principais dispositivos que visam à regulação dessa nova prática médica. Como tal, contribui para o debate que versa sobre os processos de normalização presentes na sociedade contemporânea, que no campo da saúde assume uma forma medicalizante e, mais recentemente, biomedicalizante. Ainda assim, observou no trabalho clínico cotidiano um esforço dos profissionais para construir uma relação de cuidado aberta para a singularização, o que aponta para os paradoxos do cuidado.

Nas ciências humanas e sociais, encontrei somente três dissertações de mestrado e uma tese de doutorado que abordam a problemática da morte numa perspectiva centrada em referenciais teóricos da história, filosofia ou sociologia — e não diretamente nos domínios do conhecimento médico-biológico. Nessas pesquisas, predomina uma perspectiva analítica

¹⁸ É o caso, por exemplo, de Mascarenhas e Gonçalves (2016), que discutem as dificuldades no reconhecimento da eutanásia enquanto direito humano, fazendo aparecer, para isso, os diversos pontos de vistas matizados que não permitem um consenso sobre a legitimidade da prática. Para os autores, “em razão da falta de clareza do direito à morte digna, inexistente harmonia de fundamentos e fontes para sua concretização”. Batista (2010), por sua vez, discute as implicações entre o direito à vida e o dever de viver. Se encarada como direito, a vida pode se tornar insuportável para o sujeito. Defende-se, com isso, a legalidade da morte assistida.

¹⁹ De acordo com Lima (2018), a dignidade humana, enquanto valor central do ordenamento jurídico, poderá sustentar tanto uma postura tanto contrária quanto favorável à morte assistida, e isso depende do vínculo a se estabelecer com a autonomia e com o direito à vida. Sua dissertação de mestrado versa sobre os limites e conformações entre a dimensão subjetiva e objetiva da vida, analisando se a dimensão subjetiva, que diz respeito à autodeterminação individual do valor da vida, poderia – por si só – fundamentar um direito à morte.

²⁰ No interior da discussão sobre a morte assistida, especialmente na que se refere ao reconhecimento e direitos do paciente em fim de vida, muito se debate sobre as materializações normativas do conceito de autonomia e dignidade. Uma delas seria representada pelas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), o principal documento em que o indivíduo terminal determina expressamente suas vontades diante de um quadro clínico já irreversível, ajudando a guiar seu cuidado médico. As DAVs representam, nesse sentido, uma forma de “reapropriar o moribundo da sua própria morte”. Luciana Dadalto (2016) escreve sobre a urgência de se aprovar, no Brasil, uma lei que regulamente o uso das DAVs como forma legítima de se reconhecer a manifestação do paciente terminal. Afirma, todavia, que no Brasil de hoje essa discussão encontra-se estagnada, em razão das polêmicas que orbitam a questão, e que, segundo ela, se dão pela dificuldade em diferenciar testamento vital e eutanásia. Sua proposta, diante disso, é um resgate do modelo português e francês das DAVs como maneira de inserir esse debate no ordenamento jurídico brasileiro.

centrada não diretamente na investigação dos valores ou moralidade de organizações sociais para o morrer, como a nossa, mas, fundamentalmente, um interesse proeminente pelo processo de institucionalização dos Cuidados Paliativos e as implicações éticas, médicas, morais e culturais dessa nova modalidade de assistência à saúde. Para citar uma pesquisa fora desse eixo, temos, por exemplo, a dissertação de mestrado em filosofia de Sandra Campi, defendida em 2004, que teve como objeto central uma análise do tema da eutanásia utilizando a investigação conceitual das noções de valor intrínseco, autonomia e sacralidade da vida humana na teoria de Ronald Dworkin. Numa discussão que também resgata Tomas Moore, Aristóteles, Peter Singer e outros filósofos modernos como Beauchamp, Childress e Engelhardt, a discussão teórica proposta questiona a possibilidade de aplicação do princípio de autonomia frente à idéia de que a vida tem valor por si mesma, buscando desenvolver um argumento de caráter autonomista, em favor da eutanásia voluntária.

Já em 2007, José Pedro Rodrigues Gonçalves defende uma dissertação em sociologia política que versa sobre a modalidade de gestão da morte em UTI's. Numa visão interdisciplinar que incorpora aspectos sócioantropológicos da morte e do morrer, toma como objeto o impacto que a morte produz em profissionais da saúde e pacientes em geral. Utiliza a sociologia clássica weberiana e apoia-se em Foucault para compreender as relações de poder que se estabelecem e se entrecruzam na UTI. Resgata, ainda, referenciais da sociologia da técnica e sociologia das emoções para tratar do luto e da morte digna, bem como Giddens, ao tratar de como os valores consagrados, na modernidade tardia, são questionados pela incorporação tecnológica presente na UTI, que não discute nem percebe o ser humano, mas o corpo objetificado. Neste trabalho, percebe-se a centralidade das observações historiográficas de Ariès acerca da transformação histórica da morte “domada” em morte “selvagem”: a morte que acontece na UTI é como se fosse um desligamento silencioso da vida, uma saída “à francesa” sem despedidas. Não é como a morte domesticada descrita por Ariès, mas uma morte esquecida por todos, no isolamento do seu espaço/leito. Outra referencia a Foucault é feita com a noção de panóptico, que, em contexto hospitalar, apresenta-se sob a forma da vigilância constante do paciente terminal pela equipe hospitalar.

Em 2016, Jairo Bitencourt Othero defendeu uma tese em filosofia que versa sobre a terminalidade humana em ambientes de alta tecnologia médica. Discute, para tanto, a experiência do assistir ao morrer, o papel do médico, impacto da tecnologia usada, os atuais modelos para o diagnóstico clínico da morte, além de examinar as bases morais e cognitivas de modelos contemporâneos da boa morte. Já em 2017, Keyla Corrêa Montenegro defende uma dissertação em psicologia que, ancorada em Foucault, discute a noção de

governamentalidade tal como se apresenta no ideário dos Cuidados Paliativos. Para tanto, discute a entrada em cena da medicina e a própria medicalização da morte, com a produção de discursos de verdade pelo saber médico. Para retratar os efeitos de verdade produzidos pela medicalização, toma como exemplo a noção de “distanásia”, já que, nessa modalidade, a morte ocorre pelo excesso de intervenções terapêuticas que visam o adiamento da morte a qualquer custo. A pesquisa, ao analisar governamentalidade e cuidados paliativos, busca contribuir para a compreensão de que modelos de assistência ao morrer são atravessados por vetores políticos, sociais, históricos e econômicos, cujas relações de poder ocorrem na forma de produção de subjetividade e processos de subjetivação. Busca, por isso mesmo, “gerar inteligibilidade” sobre os processos de governamentalidade e subjetividade envolvidos na prática paliativista, a fim de que não se reproduzam as mesmas lógicas biomédicas dominantes.

De maneira geral, a morte assistida enquanto problemática que interessa diretamente à investigação sociológica parece ainda não ter despertado a curiosidade de pesquisadores brasileiros. Por isso mesmo, a escassez de agendas de pesquisa nesta área revela a urgência e importância em se discutir, a partir de uma abordagem sociológica, como organizações voltadas à administração da morte atuam, fundamentam e justificam suas ações em termos morais. Acreditamos, por conseguinte, que uma pesquisa sociológica atenta aos aspectos morais das novas modalidades de administração da morte na contemporaneidade acrescenta compreensões teóricas, conceituais e analíticas até então pouco consideradas no debate acadêmico da questão, frequentemente atado às usuais perspectivas jurídicas e bioéticas.

CAPÍTULO 2

CONSTRUINDO UMA AGENDA DE PESQUISA PARA UMA "SOCIOLOGIA DA MORTE CONTEMPORÂNEA": HISTÓRIA E MORALIDADE

O enquadramento teórico da presente pesquisa é composto por Philippe Ariès (1977; 2014), Allan Kellehear (2016) e Norbert Elias (2001; 2011). O que os aproxima no intuito de compor um “programa de investigação sociológica” é, com efeito, uma “sociológica histórica dos valores” fundamental ao estudo do morrer contemporâneo no modo aqui proposto. Ariès, Kellehear e Elias ampararam a investigação sociocientífica voltada a desvelar, por meio de uma “perspectiva histórico-sociológica de longo alcance”, as “condições de possibilidade” para a gênese histórica de organizações sociais como o DMD. Por meio de uma investigação em que argumentação e narrativa histórica estão imbricadas, recorro a esses autores com o propósito de

compreender o processo de "emergência histórica" de organizações dessa natureza, tomando como pano de fundo teórico-metodológico processos históricos de "longa duração", como o processo civilizador, e o movimento de gênese e transformação de "modelos" de morte. Em termos estritos, os usos de uma sociologia da morte por parte da presente pesquisa investigará *a conexão entre processos sócio-históricos de longa duração e a constituição de um ideário específico de morte, como o ideal prescrito pelo DMD*;

Norbert Elias, por sua vez, subsidiou o empreendimento teórico que, ancorado numa "sociologia da moralidade", buscará compreender a gramática moral do DMD do ponto de vista da fundamentação moral da morte. Dito de outro modo, o olhar analítico dirigido ao grupo buscará compreender como o ideário de morte prescrito pelo grupo ancora-se em noções de moralidade, ou seja, como uma gramática moral fundamenta uma visão específica do que é a morte. Por meio de uma *análise do processo de adesão à noção de civilidade* pelo DMD, meu intuito é demonstrar que o "modelo" de morte prescrito pela organização comporta em si não apenas elementos médico/rationais, mas qualitativos/morais e históricos/processuais. A "sociologia da moralidade" aqui aventada buscará, dessa maneira, compreender *os nexos entre morte e moralidade tal como assim estão constituídos na "gramática moral" do DMD*.

2.1 Philippe Ariès e Allan Kellehear: uma "sociologia histórica" da morte

Ao longo de meus estudos e pesquisas acerca da experiência de adoecer e morrer na contemporaneidade, pude aprender, dentre várias coisas, que o estudo sociológico da morte requer um uso "interessado", "seleto" e, portanto, "responsável" da ciência histórica, pois, como um dos *principais recursos heurísticos* desse campo de pesquisa, *evita que tomemos como "novo" ou específico de certa época o que outras culturas humanas já vivenciaram como tradição*. De fato, as maiores e mais relevantes pesquisas das ciências humanas sobre a experiência social de morrer, como aquelas desenvolvidas por pensadores como Philippe Ariès (1977; 2014) e Allan Kellehear (2016), fizeram da ciência histórica um recurso metodológico de primeira mão. Estes autores elevaram ao máximo a potência analítica da ciência histórica em suas proposições teórico-conceituais e fundamentaram uma "compreensão histórico-social da morte" que, para o que nos interessa, pode conduzir a compreensões inovadoras sobre o fenômeno estudado. O que significa essa compreensão sócio-histórica da morte e de que maneira ela nos auxilia no estudo da gramática moral de organizações como DMD? As respostas para estas perguntas constituem o pano de fundo para o uso teórico-analítico da

“sociologia da morte” presente nesta investigação. É o que buscarei deixar claro nas páginas a seguir.

Em Kellehear e Ariès, a despeito das diferenças teórico-analíticas que partilham, a compreensão sócio-histórica da morte está alicerçada numa perspectiva metodológica específica, cuja importância heurística embasa a investigação sociocientífica da morte no curso de vários milênios da história humana: a “longa duração”. Que seria isto? Em síntese, a longa duração é um recurso metodológico oriundo de uma compreensão dos fenômenos humanos a partir de seu caráter processual (histórico). Se trata de uma ferramenta analítica que permite ao observador social, por meio de uma visão “macro-histórica” ou “macro-sociológica”, *observar padrões de regularidade e mudança nos processos sociais*.²¹ Como tal, a longa duração é trabalhada por ambos os autores como a ferramenta teórico-metodológica mais eficaz para o estudo sociocientífico do comportamento humano face à morte — seja ele em que época for. Em Ariès, “as transformações do homem diante da morte são extremamente lentas por sua própria natureza ou se situam entre longos períodos de imobilidade”. Por isso mesmo, em sua abordagem, a longa duração aparece como a ferramenta que inibe os “anacronismos de compreensão”, isto é, “atribuir caracteres originais da época a fenômenos que são, na realidade, muito mais antigos” (ARIÈS, 1977, p. 13). Em Kellehear, a longa duração evita que percamos de vista a noção de que “as ações individuais e de grupo” diante da morte apenas adquirem “seu significado de encontro a um fundo cultural e histórico” (KELLEHEAR, 2016, p. 274).

Somada à tal perspectiva, a compreensão sócio-histórica do fenômeno da morte está também alicerçada em dois outros postulados teóricos fundamentais. O primeiro atesta que as condutas e discursos humanos frente ao morrer devem ser entendidas enquanto “modelos” de morte, isto é, as formas socialmente instituídas para enfrentar, gerir ou administrar o fim da vida de acordo com valores e representações de época. Em Ariès e Kellehear, “modelos” de morte são fundamentais para entendermos as mudanças entre os indivíduos e as sociedades no tocante à relação com a morte. O segundo, subscrito em particular por Kellehear, afirma que modelos de morte se constituem a partir de um amálgama de aspectos econômicos, culturais, epidemiológicos e psicológicos herdados de tradições passadas. Quer dizer, por mais singulares ou inovadores que sejam, modelos de morte — como aquele prescrito pelo DMD —

²¹ É importante citar que o recurso à perspectiva de longa duração também é mobilizado para trabalhar a “dimensão temporal dos fatos sociais”, à interesse da chamada “pesquisa sociológica longitudinal” (SAFI, 2015). Esta vertente se interessa pelo processo de emergência e construção dos fatos sociais, observando possíveis fenômenos associados de ressignificação de sentidos, mudanças de práticas e de agentes envolvidos, contingências institucionais e culturais, acréscimos e/ou desenvolvimentos semânticos. Desse ponto de vista, o caráter processual dos fatos sociais é trabalhado a partir dessas diferentes variáveis, materiais e ideais, que participam do percurso histórico desse fato.

constituem-se a partir de características herdadas de modelos anteriores. Em síntese, são esses três postulados fundamentais — a longa duração, e o processo de gênese e transformação de modelos de morte — que constituem o raciocínio que estuda o morrer humano em perspectiva histórica.

A seguir, discutirei rapidamente o que dizem ambos os autores sobre esses dois aspectos acima elencados para, então, demonstrar como a pesquisa trabalhará tais postulados. O que são "modelos" de morte? A gênese e uso pioneiro da noção pertencem ao historiador francês Philippe Ariès (1977), e busca designar como as atitudes dos indivíduos face à morte, suas práticas, ritos e crenças são ancoradas em "maneiras empíricas de se morrer corretamente" *constituídas de acordo com valores e representações de época*. Com tal noção, Ariès buscava dar conta do processo de transformação na imagem da morte que levou à passagem do “modelo tradicional” para aquele “moderno” de enfrentar a morte, como vimos anteriormente. Em Kellehear, modelos de morte aparecem como “tipologias ideais”, constituídos a partir das evidências etnográficas e historiográficas disponíveis, e são fundamentais para entendermos as mudanças entre os indivíduos e as sociedades no tocante à relação com a morte (2016, p. 22). Na acepção que o sociólogo dá ao termo, as diferenças que estabelece entre as noções de “morte” e “morrer” são fundamentais: enquanto a morte assevera apenas o momento da falência biológica do corpo humano, o “morrer”, por sua vez, caracteriza-se por um espaço temporal mais longo, isto é, *a vida que vivemos* a partir do momento que temos a *consciência* de que a morte nos submergirá em breve. O morrer implica, desse ponto de vista, em mudanças na trajetória cotidiana oriundas da brevidade do tempo restante de vida (p. 16). À existência dessas alterações Kellehear designa a “parte viva” do morrer.

De maneira geral, é essa "parte viva" do morrer humano — o tempo existente entre a consciência da morte próxima e a morte biológica de fato — que inaugura a possibilidade mesma da instituição de diversas formas e modos de administrar e gerir a etapa final da vida. Embora idiossincrática a depender dos valores pessoais e familiares, a "administração do período final da vida" é um processo intimamente social e interpessoal, associada ao tecido simbólico mais amplo de crenças e práticas associadas à morte, um *Zeitgeist* próprio de valores culturais socialmente instituídos. “Estilos” e “modelos” de morte aparecem quando, por um processo interpessoal de repetição social e psicológica, formas específicas de se portar face ao

morrer se generalizam e constituem uma “morte arquetípica”, mais ampla, no interior da qual cada morte individual está inscrita (KELLEHEAR, 2016).²²

Por outro lado, segundo Kellehear, *modelos de morte são constituídos a partir de características herdadas de modelos anteriores*. Isto porque, afirma, “todas as formas de conduta no morrer se baseiam nas formas anteriores de comportamento e atitude” (Ibid.). Para ele, os comportamentos face à morte, mesmo aqueles atualmente conhecidos, “foram construídos progressivamente durante milhares de anos”, já que “onde se considera que começa e termina o morrer, quem o controla, onde ele ocorre, o que acontece durante esse tempo e que sentido pessoal se lhe dá evoluíram a partir das pressões materiais e culturais da história humana” (Ibid., p. 39). Em síntese, Kellehear entende a natureza do morrer como um “amálgama de características herdadas das tradições passadas” (p. 16), como as tradições urbanas, rurais e pré-históricas. É essa compreensão última, ancorada numa perspectiva de “longa duração”, que leva o sociólogo australiano a buscar fundamentações para práticas contemporâneas face à morte nas primeiras sociedades camponesas assentadas, há 10.000 anos atrás.

Os diferentes estilos de morrer podem ser encontrados em todas as épocas e lugares. A observação histórica e epidemiológica relevante a se fazer a respeito desses estilos é que alguns períodos promovem o domínio de certos estilos sobre outros (KELLEHEAR, 2016, p. 384-5)

Um bom exemplo para ilustrar o que afirma é dado pela história da medicalização²³ da morte. Não obstante o emprego massivo de conhecimentos científicos e aparelhagem biotecnológica voltados ao prolongamento do tempo de vida, signo da gestão “moderna” (MENEZES, 2004) da morte no séc. XX, o nascimento de sua administração medicalizada remete há, pelo menos, 10.000 anos atrás, quando o aparecimento das primeiras cidades e o subsequente contexto epidemiológico da vida urbana legou às pessoas a necessidade de co-administrar a experiência de envelhecer, adoecer e morrer, geralmente de câncer ou de moléstias cardiorrespiratórias, com um profissional especializado — o médico.²⁴

De fato, a compreensão última que abre margem para uma analítica histórica-processual da morte fundamenta-se no postulado segundo o qual “as características de uma conduta antiga,

²² Seja em Ariès (1977), Kellehear (2016) ou Menezes (2004), os “modelos de morte” aparecem, principalmente, como “tipos ideais”, “tipologias ideais”, que não devem ser reificados e, principalmente, não se encontram na realidade em estado “puro”: “uma vez que poucos exemplos do mundo real se ajustem a esses “tipos”, a maior parte da nossa experiência se aproxima mais ou menos deles, servindo para aprofundar nosso entendimento das diferenças, superposições e exceções (...)” (KELLEHEAR, 2016, p. 22) entre um modelo e outro. A fundo, modelos de morte são “recursos heurísticos úteis” (Ibid.), que conduzem à formulação de “hipóteses, indagações e descobertas” (MENEZES, 2004, p. 21).

²³ Cf. página 25 deste trabalho.

²⁴ Isto será explorado, em detalhes, ao longo de todo o capítulo 3.

como o morrer, são determinadas por épocas inimaginavelmente mais recuadas e por tipos muito diferentes de economia e sociedade” (KELLEHEAR, 2016, p. 19). Com ela, se começa a entender que os os distintos estilos de morte que preenchem a história global do morrer, guardam, por mais idiossincráticos que sejam, similaridades, continuidades e conexões históricas muito íntimas. Por isso mesmo, o recurso à perspectiva de “longa duração” se apresenta como a ferramenta analítica mais adequada ao estudo do morrer humano, já que possibilita um tipo de abordagem centrada em perceber o que existe de regular, duradouro e estrutural no fenômeno.²⁵

Para a presente investigação, essas considerações são cruciais por fundamentarem um tipo de compreensão voltada a apreender a morte em suas dimensões práticas, simbólicas e estruturais. A fundo, permitem uma compreensão da morte como um processo social, ou, dito de outro modo, como processos sociais, no curso de uma “longa duração”, transformaram representações e experiências de morte. A perspectiva de “longa duração”, por um lado, e o processo sócio-histórico de constituição e transformação de modelos de morte, por outro, ocupam a posição de “ferramentas metodológicas” a serem postas em movimento com o primeiro movimento analítico da pesquisa: a análise da *conexão entre processos sócio-históricos de longa duração e a constituição de um ideário específico de morte, como o ideal prescrito pelo DMD*. Esse tipo de abordagem está ancorada nos usos de uma “sociologia da morte” como aporte teórico indispensável para a compreensão sociocientífica do morrer contemporâneo.

Que seria uma sociologia da morte? De início, o pressuposto de que a morte não se esgota como acontecimento biológico, e que seu estudo deve privilegiar, fundamentalmente, seu caráter de fato social, com suas significações históricas, morais e culturais particulares. Voltada a desvelar toda a gama de processos histórico-sociais que, no fenômeno considerado, existem sob a forma de verdadeiros “panos de fundos estruturais”, operacionaliza um tipo de abordagem centrada na investigação daquilo que seriam as “condições de possibilidade para a emergência histórica” da imagem da morte prevalecente em cada sociedade. Perguntando-se da possibilidade empírica de tal ou qual modelo, tal ou qual conduta e discurso, traz, para o centro da investigação analítica, não tanto os dados empíricos do fenômeno considerado — ou pelo menos não diretamente —, mas toda gama de processos sócio-históricos, econômicos, políticos,

²⁵ Mas, não apenas. A perspectiva de longa duração também é mobilizada, à exemplo da sociologia de Weber, Habermas, Taylor e Joas, enquanto orientação metodológica que apreende o estudo da “gênese”, “variações”, “inovações”, “acréscimos” e “desenvolvimentos internos” dos fatos sociais. É na presente pesquisa, com sua orientação específica, que a utilizamos enquanto método para apreensão do que existe de duradouro e regular nos significados atribuídos à morte.

religiosos etc. que, concatenados, foram fundamentais para a instituição de um "estilo" de morrer, ou de uma “morte arquetípica”, instituída de acordo com valores e representações de época, no interior da qual cada morte individual está como que inscrita.

Mas, qual será minha via de acesso para abordar os nexos entre processos sociais de longo alcance e a gênese e transformação de modelos de morte, como aquele prescrito pelo DMD? Indo direto ao ponto, entendo que o desenvolvimento de uma mentalidade *controladora* e *domadora* do morrer, por um lado, e do *individualismo*, por outro, representam a chave de leitura mais profícua para análise deste processo. Para esta pesquisa, é fundamental apreender como modelos de morte, no curso de um processo de longa duração, se constituíram e transformaram a partir das formas socialmente instituídas para a domesticação daquilo tido como selvagem (aqui, a morte), bem como do lugar, posição e poder ocupados pelo indivíduo, face ao qual as condutas diante da morte ganharam nova significação. Veremos que é uma construção social específica que faz tratar dos problemas da morte como problemas individuais, privados. Como alegou Kellehear,

“o registro histórico do nosso comportamento no morrer apresenta dois desenvolvimentos em movimento contínuo em direções opostas (...) a experiência de morrer tornou-se gradualmente privada ao mesmo tempo que se reconhecimento passava a ser mais publicamente controlado e definido” (KELLEHEAR, 2016, p. 459).

Desta feita, o caminho por nós percorrido será o de uma “sociogênese” dessa “privatização” da experiência de morrer, entendendo “privatização” em uma acepção larga, isto é, associada não apenas à experiência cada vez mais solitária de morrer (ARIÈS, 1977; ELIAS, 2001), mas, também, o que é mais relevante, ao crescente individualismo nas decisões da saúde (MENEZES, 2004). As transformações nos modelos de morte seguem o feixe de transformações culturais em que, cada vez mais, o individualismo se desenvolve em acepção axiológica. Em síntese: apreender as transformações nos estilos de morte a partir do crescimento gradual do papel do “*self* individual” na administração da experiência de morrer, até culminar, finalmente, num individualismo como valor e ideal moral sagrado, tão fundamental para entendermos a gramática moral dos movimentos que pedem, hoje, a regulamentação da morte assistida. Assim, como os distintos modelos de morte ocidentais conceberam o lugar do indivíduo em seu interior?

2.2 Norbert Elias: uma “sociologia processual” para o estudo do morrer

Quais são os traços mais fundamentais da teoria sociológica de Norbert Elias e de que maneira eles serão incorporados na presente pesquisa? Buscarei responder a esta pergunta primeiro apresentando, muito resumidamente, os principais elementos que caracterizam a sociologia figuracional eliasiana, para demonstrar, em seguida, como Elias representa o principal referencial sociológico a subsidiar os usos de uma “sociologia da morte” por parte da presente pesquisa — à medida que, veremos, fornece um aparato teórico-metodológico suficientemente eficaz para uma análise do processo histórico, de longa duração, mediante o qual a imagem da morte, e as práticas associadas a este fenômeno, transformaram-se em novos modelos e ideários.

É notório o fato que, ao longo da sua carreira, Elias tenha elaborado uma *teoria substantiva da vida em sociedade*. Como traços fundamentais dessa sociologia podemos destacar, de antemão, uma compreensão profundamente *relacional* e *processual* do universo societário. Que seria isto? Ora, segundo Gabriel Peters (2020, p. 1), Elias sempre esteve por demais distante de certas tradições teóricas da sociologia que, ancoradas numa concepção “substancialista” do mundo social, tenderiam a reconhecer como “real” apenas entidades e processos diretamente observáveis, como indivíduos biológicos ou interações face-a-face (PETERS, 2020). Contrário a tal postulado, Elias opôs um estilo de raciocínio sociológico que, ancorado numa perspectiva “relacional”, estava disposta a mostrar como, “na dinâmica da vida social, fenômenos visíveis (p.ex., maneiras à mesa) só são explicáveis por forças relacionais não diretamente visíveis, embora reais e influentes (p.ex., balanços de poder em uma teia de relações interdependentes)” (Ibid.). Elevando ao máximo sua discordância com aquelas concepções, Elias entendia que estas entidades e processos, ou fenômenos mais complexos como a própria interação social — ou a morte —, desenvolviam-se, sempre, no curso de processos de longuíssima duração. Sua sociologia figuracional ocupou-se em demonstrar, por conseguinte, que as práticas dos agentes humanos apenas se tornam inteligíveis se as consideramos como, além de inseridas em processos de longa duração, imersas e influenciadas pela dinâmica das relações (figurações) de interdependência humana e sua estrutura relacional.

Em outro aspecto, também é marca registrada da sociologia eliasiana a consideração da relação entre indivíduo e sociedade com base nos vários níveis de integração e síntese que constituem essa relação — ou, poderíamos dizer, nos vários níveis de *correspondência*. Lançando mão de uma abordagem sociológica que considera a relação entre indivíduo e sociedade a partir de sua correspondência fundacional, Elias não privilegiava, por isso mesmo, as instâncias “micro” ou “macro” sociológicas em seus estudos. Face às primeiras, criticava os usos de uma noção de indivíduo que remontava à ideia de um ser a-social, sem processo, um

ator individual encapsulado; nas segundas, por outro lado, criticava os usos da noção de estruturas coletivas e instituições como existindo “fora” ou para além do ser humano singular. Para o autor de *A sociedade dos indivíduos* (1994), diferentes constelações e figurações sócio-históricas geravam diferentes formas de subjetividade ou “estruturas de personalidade” (*habitus*). Por isso, estudou os contextos sociais nos quais os atores atuam e estão imersos não como realidades exteriores à subjetividade individual, mas, ao contrário, como sumamente constitutivas de suas maneiras de agir, sentir, pensar (PETERS, 2020).

Por “estruturas sociais de personalidade” Elias entendia, em suma, os elos estruturais entre o *corpo*, as estruturas de *poder* e os processos históricos (ALVES, 2018). Com tal noção, buscou demonstrar que a socialização da subjetividade incidia não apenas sobre a psique individual, mas, também, sobre os processos corporais – que se expressava, por exemplo, na moldagem histórica e sociogênica das reações emocionais e funções fisiológicas. Além de estudar de que maneira transformações na ordem da estrutura social instilavam mudanças na ordem da economia psíquica individual, ao tratar desta correspondência a partir das noções de sociogênese e psicogênese, Elias demonstrou, também, de que maneira os contextos sócio-históricos instilavam, via padrões de socialização, distintas e variáveis disposições de comportamento e sentimentos individuais.

O Processo Civilizador faz jus a esses pressupostos teóricos e metodológicos que orientam a estrutura do pensamento de Elias. Neste livro, como ele mesmo afirmou, “buscou realizar um ensaio de psicologia histórica, comprometido com a demonstração da consecução e transformação das estruturas sociopsicológicas” (Ibid., p. 167-8) de indivíduos situados em espaços de sociedade ocidentais ao longo dos últimos sete séculos. Seu projeto de compreender as regularidades e as mudanças dos processos sociais a partir de uma abordagem que os investiga nos níveis sociais e psíquicos se preocupou, desse modo, em desvelar como as escalas de poder são inscritas nas *estruturas sociais de personalidade* dos indivíduos. Tomando como pano de fundo histórico a transição do feudalismo à modernidade no Ocidente, devotou especial atenção em analisar como complexificação dos contextos sociais — promovida, por exemplo, pela intensificação da divisão do trabalho, o crescimento das cidades, o monopólio legítimo, pelo Estado, da força física, etc., — influenciavam as disposições psíquicas de sentimento e comportamento, numa palavra, as “estruturas de personalidade” dos indivíduos ali situados (PETERS, 2020).

Em seu livro, Elias apreendeu esse processo de modificação das estruturas sociopsicológicas a partir de um triplo movimento observado na realidade empírica: I) a mudança ocorrida no padrão de sensibilidade e agressividade dos indivíduos, e o sentido para

o qual aponta; II) a criação e consolidação do monopólio legal do uso da força física por parte dos estados ocidentais e, por fim, III) a maneira como as sociedades europeias começaram a se autorepresentar e construir suas autoimagens, especificamente, como sociedades civilizadas e superiores (ALVES, 2018, p. 179-180). Na Idade Média, o fato de a vida societária ser experimentada pela cotidianidade da violência física é interpretado, por Elias, segundo o esquema analítico que aborda como as características do cenário socializador tendem a se interiorizar nas subjetividades individuais por eles produzidas: em sua argumentação, Elias demonstrou que a facilidade do recurso à agressão e os altos índices de violência comumente observados no cotidiano social desse espaço devia-se à ausência de um poder centralizado (o Estado) capaz de *obrigar* os indivíduos a manter tais impulsos sob controle em contextos conflituosos (PETERS, 2020).

A conquista do monopólio socialmente legítimo da violência física pelo estado nacional, no âmbito macroestrutural, só poderia acontecer se encontrasse, pois, um correlato “micropsíquico”: a produção sócio-histórica de indivíduos mais capazes de conter suas pulsões agressivas. Elias sustenta que o controle sobre os impulsos afetivos e agressivos dos indivíduos foi passando, ao longo da transição para a modernidade, de imposição exterior a característica *interiorizada* de personalidade (PETERS, 2020, p. 5).

Por isso mesmo, abordou a questão nos termos de um conflito intrapsíquico entre “impulsos vulcânicos” (ELIAS, 2006) e controle social que estaria em conformidade com o grau específico de avanço do processo civilizador naquele estágio. Essa compreensão faz jus ao seu postulado teórico segundo o qual, no curso de um processo civilizador, controles sociais específicos são, lenta e gradualmente, transformados em disposições individuais — ou em uma economia corporal, psíquica e emocional — cujo *sentido*, afirma Elias, apontou para uma maior capacidade de autocontrole emocional e pulsional.

Ora, tal como Freud, Elias entendia que o comportamento humano é condicionado por “afetos” e “pulsões” — o que Freud chamava de “impulsos pulsionais humanos”. Sob determinadas condições sociais, o comportamento humano e seus impulsos pulsionais podem ser controlados, regulados ou, numa palavra, civilizados. Civilizar-se é, por conseguinte, ter a capacidade individual e autônoma de regular tais impulsos do comportamento momentâneo. Para Elias, se trata de um processo auto-regulatório, a partir do qual afetos e pulsões são desviados de seus fins primários para fins secundários — e ocorre, eventualmente, sua “reconfiguração sublimada”. Como não acontece por um processo biológico, a civilização é, portanto, uma moldagem sociogênica da disposição natural do ser humano rumo à auto-regulação dos afetos e pulsões, processo que se dá mediante um aprendizado pessoal do controle de tais afetos e pulsões.

Elias é enfático: os seres humanos se civilizam afim de que possam conviver consigo mesmos e com outros seres humanos. O processo civilizador, portanto, pertence tanto às condições da individualização do ser humano singular como às condições da vida social em comum dos seres humanos (ELIAS, 2006, p. 21). Assim, no curso de um processo civilizador, a estrutura de personalidade/*habitus* social dos seres humanos transformam-se na direção de um modelo de autocontrole mais bem proporcionado, universal e estável. Sem jamais se libertarem das coações exteriores, é no curso de tal processo que as autocoações ganham maior autonomia — o que Elias define como uma "autonomização das instâncias individuais de auto-regulação" (2006, p. 24).

Como utilizarei Elias para pensar os problemas colocados pela presente investigação? Para o que se segue, entendo que a analítica eliasiana acerca da noção de “civilidade” representa a mais profícua abordagem sociológica para o estudo dos nexos entre processos sócio-históricos de longa duração e a constituição de um ideário específico de morte, como afirmado mais acima. Em outras palavras, *representa a grande chave analítica para abordarmos o processo — de longa duração — de transformação nos valores morais sobre a morte, que levou à emergência histórica de organizações como o DMD, bem como seu ideário de morte.*

Para darmos um exemplo: no decurso da explanação de caráter sócio-histórico das atitudes e discursos face ao morrer ao longo dos últimos 10.000 anos, percebe-se que, por uma imbricação de fatores epidemiológicos, culturais, psíquicos e sociais, *a experiência social de morrer desenvolveu-se em um sentido específico objetivamente visualizável*: ela se tornou cada vez mais *individualizada* e privada ao mesmo tempo que seu reconhecimento passou a ser mais publicamente controlado e definido (KELLEHEAR, 2016, p. 459, grifos meus). É para abordar adequadamente este “sentido objetivo” em curso com o morrer que Elias será utilizado. Enquanto Kellehear será fundamental para demonstrar, com dados etnográficos, de que maneira a experiência de morrer tornou-se cada vez mais dependente de técnicas e dispositivos de *controle e domaçaõ* ao longo da história, Elias, por outro lado, será imprescindível para entendermos *como e por que* a morte começou a ser experimentada como um evento dramático, violento e transgressor e, assim, dependente dessas técnicas socialmente instituídas para sua domesticação.

Se, por civilização, entendemos um *processo* contínuo de interiorização de controles sociais sob a forma de um autocontrole psíquico-pulsional, perceberemos que “modelos” de morte, à medida que instituíram novas e específicas técnicas para o controle e domaçaõ da

experiência dramática e selvagem de morrer, caminharam no sentido de uma maior civilização²⁶ dos comportamentos face à morte — inclusive o ideário de morte defendido pelo DMD. Por conseguinte, cumpre buscar como se expressa, no morrer contemporâneo do DMD, essa "autonomização das instâncias individuais de auto-regulação", hoje tão fundamental à construção de uma “boa morte”. A partir do esquema sociogênese/psicogênese, abordaremos o desenvolvimento histórico no curso do qual as técnicas e dispositivos específicos de controle e domaçaõ — e, assim, a busca pela “boa morte” — *passaram de uma dimensão em que o controle era exercido apenas pelo profissional especializado e expertise médica para outra em que a domaçaõ do morrer é exercida também pelo próprio morrente*. Dito com outras palavras, apreenderemos o processo de longa duração mediante o qual a individualização do morrer assumiu a forma de uma *privatização* do controle da experiência de morrer — que se expressa, hoje, sob a forma de uma autorregulação das emoções e das pulsões necessárias à busca pela boa morte. É isto que se tem posto quando defensores da “morte digna” reivindicam sua autonomia decisória para poderem escolher, livre e legalmente, “quando, como e onde” morrer.²⁷

Este processo, que se iniciou já nas primeiras lógicas de controle e domaçaõ do morrer oriundas dos estratos burgueses das sociedades urbanas, desenvolvendo-se²⁸ até as formas medicalizadas, hospitalizadas e institucionalizadas na modernidade, encontra sua expressão contemporânea na produção de manuais de como se “portar” na fase de terminalidade da vida:

Com a chegada da doença, é preciso contar com um repertório de habilidades para administrar a desconexão do antigo modo de vida, a diminuição da satisfação com a vida, a intimidação do desconforto e da dor, o espectro da invalidez e da morte e a adulteração da identidade (SHAROFF, Apud KELLEHEAR, 2016, p. 280).

Desse modo, o propósito é demonstrar a "rentabilidade sociológica" da teoria eliasiana do processo civilizador como meio de inquirir o processo de transformação da morte até sua imagem prevalecente na sociedade de hoje. Sem dúvidas, Elias foi fundamental para a elaboração das perguntas e categorias de análise que irão orientar, em grande medida, os usos de uma “sociologia da morte” por parte da presente investigação. Se é sociologicamente viável

²⁶ Essa, por exemplo, é a tese de Norbert Elias ao escrever seu livro “A solidão dos moribundos” (2001). Neste livro, Elias escreveu sobre a experiência psicossocial e emocional de envelhecer (e morrer) nas sociedades profissionais-urbano-industriais contemporâneas (ALVES, 2018). A partir da mobilização de seus referenciais socioanalíticos, enxergou o quanto essa experiência carregava em si características sociais e individuais típicas do processo civilizador, como um certo nível de autocontrole psíquico e a associação da morte à noções de repugnância e nojo.

²⁷ De fato, essas mudanças adquirem um caráter processual porque, além de não planejadas e não serem objeto de algum “direcionamento” individual, aconteceram no curso de uma “longa duração”.

²⁸ Sobre o conceito de “desenvolvimento” em Elias, o sociólogo Elder Alves afirma: “no esquema eliasiano a palavra/conceito de *desenvolvimento* designa, na grande maioria das vezes, *processo* ou *transformação*” (ALVES, 2018, p. 170, grifos do autor).

falar num aumento progressivo das técnicas e dispositivos de controle do morrer a partir das lógicas modernas de medicalização e hospitalização da morte, é fundamental perguntar-se, portanto, *qual a relação entre o ideário das organizações sociais para o morrer e o processo mesmo de controle e domesticação da experiência de morte*. Considerando, assim, a hipermedicalização do morrer e o paradigma médico-hospitalar como um signo deste processo de longo alcance de controle do morrer selvagem, como o DMD relaciona-se com estas lógicas? Este ponto será explicitado de maneira mais clara no próximo tópico, em que discutirei como é viável estudar a adesão à noção de civilidade no processo de morrer.

2.3. Adesão à noção de civilidade na gramática moral da boa morte

Para que possamos apreender adequadamente a gramática moral do DMD com vistas a compreender a fundamentação moral da morte, é necessário entender, antes de tudo, como tal ideário ancora-se em "noções de moralidade", o que nos leva diretamente a uma investigação significativa dos principais "ideais morais" ou "noções de moralidade" aos quais o grupo devota um respeito sagrado. Por isso, o que estarei reconhecendo e distinguindo como noções de moralidade? Quais noções e ideais, dentre as inúmeras representações e ideias evocadas pela organização, estarei distinguindo como "moralmente fundamentadas"? Ora, a resposta para tais perguntas não é outra senão aquela que identifica em certas noções um compromisso moral, ou, mais precisamente, aquelas cuja importância e ascendência para o grupo são perceptíveis sob a forma do sentimento de respeito, que assumem uma conotação não apenas de "bem", mas de "sagrada", traduzíveis em distinções qualitativas cujas noções de nobre, digno, correto, elevado, decente, superior, dentre outras acepções de "bom", resumem adequadamente. Em suma, cumpre perguntar-se como o DMD incorpora noções/sentidos de moralidade em suas falas, isto é, o processo mesmo de adesão a valores considerados sagrados por parte do grupo.

Um movimento propriamente analítico da presente investigação constitui-se ao buscarmos perceber como tais ideais de moralidade são empiricamente materializados nas falas e discursos que o DMD elabora sobre a "morte digna". Entendo que é perguntar-se pelas *maneiras com as quais tais noções de moralidade são materializadas e, assim, promovem efeitos de adesão à boa morte*. Isto significa buscar de maneira direta a relação significativa entre ideais morais e condutas relativas ao morrer. Portanto, a pesquisa pontua como primeira categoria analítica *os modos com que as atitudes diante da morte se ancoram em noções de moralidade* e elabora como pergunta-problema o seguinte questionamento: quais são as noções mais fundamentais de moralidade e por que, quando aplicadas à gestão da morte, a tornam

“boa” ou “digna”? Por conseguinte, como uma decorrência lógica do primeiro processo analítico, é fundamental também analisar como o ideal da “boa morte” — compartilhado pelo grupo e ancorado em noções de moralidade — *promove efeitos de adesão à morte assistida*, que se materializa, por exemplo, na defesa moral e jurídica da legitimidade da eutanásia ou do suicídio assistido. Por que este passo é importante? Porque, como veremos ao longo da exposição histórica, a “boa morte” não significa necessariamente morrer via eutanásia ou suicídio assistido. A “boa morte” é, por assim dizer, um conceito polissêmico cujo sentido é intercambiável a depender do ator social considerado. Por isso mesmo seu “conteúdo” é intersubjetivo. É *nesta organização* que se produz uma relação causal e significativa *entre* “boa morte” e eutanásia, por exemplo.

Mas, por que designar como foco a materialização discursiva das noções de moralidade compartilhadas pelo grupo diante da morte digna? Ora, antes de tudo porque os ideais defendidos pelo grupo não existem “isoladamente”: estão sempre e de alguma maneira mobilizados enquanto modos de fundamentação, justificação e legitimação de um conjunto de práticas e discursos relativos ao morrer, à defesa um “ideário” de morte que o grupo prescreve e busca pautar a legitimidade perante a esfera pública. Perceber como a defesa da morte medicamente assistida está ancorada em noções de moralidade é perceber *como* valores morais estão sendo articulados para pautar efeitos de transformação em múltiplas esferas da vida social, como no “modelo” atualmente predominante de experimentar a morte. Mas, não apenas. Com tal recorte, teremos como foco privilegiado de análise o fato de que a defesa da morte assistida — e os próprios ideários/modelos de morte — comporta em si não apenas elementos médicos/racionais, mas, principalmente, qualitativos/bons — isto é, morais.

Antes, porém, o que distinguirei como fundamental para entendermos de que maneira o DMD constrói sua relação simbiótica entre morte e moralidade? Considerando a enormidade de ideais morais que ancoram o “modelo” de morte prescrito pelo DMD, é preciso fazer um recorte. Não é possível explorar a fundo todas as noções de moralidade mobilizadas pelo grupo e realizar, assim, uma investigação extensa sobre sua “gramática moral” — pelo menos não no escopo de páginas de uma dissertação de mestrado. Seguindo um critério de escolha que dimensione tanto a relevância “empírica” quanto “sociológica”, a pesquisa privilegiará o estudo da adesão à noção de “civilidade” no ideário contemporâneo da morte digna. Com relevância “empírica” e “sociológica” quero dimensionar, por um lado, a importância factual desta categoria para o DMD; por outro, a própria eficácia do saber sociológico em abordá-la adequadamente.

Entendo “civilidade” na acepção eliasiana do termo e o considero²⁹, tal como Elias, uma ferramenta interpretativa fundamental para o estudo da realidade social (TOMÉ, QUADROS, MACHADO, 2018). Ainda que aplicado à história como fonte privilegiada de compreensão das representações sociais no curso de um processo de longa duração, aplicado à realidade social contemporânea, o conceito de civilidade ocupa um lugar especial, porque, veremos ao inquirir os dados empíricos, transformou-se num componente da organização moral de grupos como o DMD. Algo que a pesquisa se interessa em investigar é da ordem de uma “sociologia da moralidade” presente no pensamento de Norbert Elias, centrada na noção de civilidade como um conjunto de regras morais e, portanto, como uma forma da moralidade contemporânea.

Como vimos, a civilidade é imprescindível para os seres humanos a fim de que possam conviver tanto consigo mesmos quanto com outros seres humanos. Por isso, afirma, o “processo civilizador pertence tanto às condições da individualização do ser humano singular como às condições da vida social em comum dos seres humanos” (Ibid., grifos meus). Ao afirmar isto, entendo que Elias aponta como é possível pensar a moralidade a partir da noção de civilidade, já que, para o bem, o processo civilizador significa o freio na satisfação egoísta dos desejos imediatos, o auto-controle das pulsões violentas e a possibilidade mesma do convívio pacífico com outros seres humanos — isto é, da solidariedade social. Qual a importância dessas considerações teóricas para nosso propósito? Em termos gerais, a relevância “empírica” da noção de civilidade para o DMD é elaborada discursivamente por seus próprios membros:

Las que siguen son una breve introducción al tema de la eutanasia. Un tema que, ciertamente, no es nuevo. Lo nuevo es hoy un amplio clamor social, resultado de una mayor conciencia de los derechos del enfermo, de un envejecimiento de la población, y de que la misma medicina es capaz de prolongar la vida humana en condiciones muy poco humanas. Y así abundan los casos de enfermos incurables en estado de progresiva degradación, y va aumentando la conciencia de que es un verdadero escándalo que nuestra civilización se niegue todavía a proporcionar los medios, precisamente civilizados, para evitar los estados de indignidad y tortura (PANÍKER, 2007, p. 10, grifos meus)

Aqui, Salvador Paníker, ex-diretor do DMD, afirma que é um absurdo existirem práticas de tortura e estados de indignidade na morte – produzidos por uma medicina altamente tecnologizada e pouco humanizada – sem que também existam os meios, “precisamente civilizados”, para se evitar tais estados. Com meios “precisamente civilizados” ele está fazendo uma clara alusão à morte medicamente assistida: para o DMD, a forma mais civilizada de se evitar práticas de violência e sofrimento humano no morrer. De fato, o direito à morte voluntária é compreendido pelos membros do DMD como um direito próprio das sociedades civilizadas,

²⁹ Ver tópico anterior, p. 37.

já que, para Fernando Marín, vice-presidente da organização, “*ayudar a morir a una persona que sufre una vida deteriorada de forma irreversible es un acto de compasión propio de una sociedad civilizada en la que se respeta la libertad de todo ser humano*” (Revista 50, p. 5)

Em termos sociológicos, a noção de civilidade é fundamental para percebermos a relação entre valores, moralidade e ideário de morte no DMD. Se é factível compreender a longa história da mudança nos costumes, práticas e discursos face à morte como transformações suscitadas por uma necessidade mais premente de controle — social e psíquico — da experiência de morrer, também é factível dizer que a emergência histórica de organizações sociais para o morrer, ainda que inovadoras em suas propostas e pertencentes a uma outra constelação social e simbólica, se insere na esteira desse mesmo processo de longo alcance e duração, mediante o qual experiências de morte passaram a depender cada vez mais de técnicas específicas de domesticação e domaço. Nesses termos, a “morte contemporânea” seria a expressão dessa mesma mentalidade, ainda que transmutada em novos atores, valores e práticas.

Ao estudarmos o processo de mudança de valores que levou à passagem de uma modalidade “moderna” de gestão da morte para uma “contemporânea”, perceberemos que a civilidade aparece como um dos principais elementos constitutivos desse processo mesmo quando a defesa do novo individualismo nas decisões saúde, expressa nas prerrogativas éticas, morais e jurídicas do paciente terminal face ao “processo terapêutico”, assume a forma da defesa do direito individual pelo *controle* do processo terapêutico — é o que aparece, por exemplo, sob a forma do poder ou respeito atribuído ao indivíduo terminal face ao processo de tomadas de decisões sobre o morrer, ou por meio da escolha de “quando, como e onde” morrer. Dito de outro modo, a defesa por uma nova modalidade de *administração* da morte assume a forma de uma nova modalidade de *domaço* da morte, em que o indivíduo terminal passa a ser a “instância originária” do controle, e não mais a técnica médica *exclusivamente*. Dessa maneira, o processo de transformação na imagem da morte, signatário da emergência histórica de organizações como o DMD, também pode ser descrito como o processo que levou à mudança nas técnicas socialmente instituídas para o *controle* e *domesticação* do processo de morrer. Em última instância, se trata de um processo que levou à mudança na própria forma da civilidade contemporânea.

Por outro lado, a noção de civilidade comporta, de acordo com o tratamento que Elias conferiu ao conceito, elementos empíricos muito precisos aos quais faz referência. Não à toa, tomou como referentes empíricos da noção de civilidade mudanças observadas nas regras de etiqueta, nos modos à mesa, nos modos de comer, falar e se relacionar, na sensibilidade aos odores e aos excrementos corporais. No que concerne ao morrer, é em relação aos processos

biossociais típicos do fim da vida, como a deterioração física e biológica do corpo, que a noção de civilidade aparece como constitutiva da “boa morte”. Dito de outro modo, é em relação aos temores da carne e às sujeiras do corpo, numa palavra, aos temores associados à perda da capacidade de funcionar independentemente, que a noção de civilidade gera efeitos de adesão à “morte digna”. Isto é especialmente relevante se considerarmos que a "morte indigna" e "indesejada" advém por um conjunto de fatores que englobam a degeneração do corpo, as mudanças e sinais físicos do envelhecimento, tanto quanto a perda da autonomia ou perda da identidade pelo declínio cognitivo, da privacidade, etc. Em suma, temores associados à perda da capacidade de funcionar de forma autônoma, temor quanto a perda da capacidade de autocontrole necessário à “boa vida” e à “boa morte”.

Como pensar os referentes empíricos da noção de civilidade face aos estilos de comportamento no processo de morrer, especialmente ao estilo prescrito pelo DMD? A teoria do processo civilizador nos aponta um norte ao fazer aparecer como, no curso desse processo de longa duração, tudo aquilo associado à “animalidade humana” foi objeto de controle, ocultação, banimento. A morte — e também os moribundos — foi banida para os "bastidores da vida social" justamente por ser um perigo biossocial à vida, isto é, por mostrar ao indivíduo sua deterioração, sua animalidade, sua natureza (ELIAS, 2001). Desse modo, proponho estudar o processo de adesão à noção de civilidade no morrer tomando como "referentes empíricos" discursos, falas e posicionamentos nos quais a repulsa à “morte indigna” esteja ancorada nas repulsas às sujeiras do corpo, à perda da autonomia e da capacidade de funcionar independentemente — e promovam, assim, efeitos de adesão à boa morte. Em última instância, como afirmei, discursos que retomem essas lógicas de controle individual do processo de morrer. Percebendo esses modos de engajamento à noção de civilidade no morrer, acredito ser possível compreender, finalmente, como acontece a construção de uma moralidade particular sobre a morte por parte do DMD.

2.3 Diretrizes metodológicas e técnicas de coleta e análise

Considerando a natureza dos problemas elencados, acreditamos que a orientação de pesquisa oferecida pela abordagem qualitativa oferece a vantagem de possibilitar análises que se pautem, por exemplo, pela compreensão dos significados, pela introdução da questão do poder nos estudos dos problemas sociais, pela análise da construção das representações sociais e dos processos pelos quais elas são socialmente legitimadas, tanto quanto das regras morais e sociais que orientam as ações individuais (GROULX, 2014).

Em termos gerais, a pesquisa orienta-se segundo duas diretrizes metodológicas e técnicas de análise específicas: a pesquisa bibliográfica em fontes secundárias, ancorando as investigações de caráter sócio-histórico aventadas com o recurso à sociologia da morte; e a análise documental dos escritos, de caráter público e não arquivados, disponibilizados online pelo DMD, especialmente uma revista que o movimento edita e publica desde outubro de 2006. A investigação que se pergunta acerca da relação entre morte e moralidade no DMD toma como “referente empírico” essa revista. É importante ressaltar que alguns procedimentos epistemológicos específicos da pesquisa documental foram empregados na pesquisa bibliográfica em fontes secundárias, como o processo de “desconstrução” e “reconstrução” dos dados, do qual falarei abaixo.

Começando pela análise documental, escolhi a “*Revista de DMD*” segundo o critério mais crucial para a seleção e categorização de documentos: sua credibilidade e representatividade. Como tal, a revista é especialmente relevante para leitores interessados na questão da morte assistida — não só na Espanha, mas em todo o contexto global —, sobretudo porque aborda temas correlatos ao “interior” e “exterior” do debate sobre a morte assistida: a proibição jurídica da eutanásia em diversos ordenamentos jurídicos do mundo; a importância dos cuidados paliativos na obtenção de uma “boa morte”; a relação da morte assistida com a religiosidade, entre tantos outros. Ora, segundo André Cellard (2014), o documento escrito constitui um instrumento que o pesquisador não domina porque, em muitos casos, a variedade de informações disponíveis é sempre mais extensa que a variedade de fontes potenciais de informação. Não é o nosso caso: as fontes de informação contidas numa única revista são variadas e abrangem diversas temáticas relevantes ao assunto. Contudo, não é pela variedade de informações que a revista interessa à pesquisa. Como um primeiro “ato epistemológico”, interessam enquanto fonte documental apenas os escritos que possibilitem uma análise centrada na “gramática moral” da organização e, dentre estes, apenas aqueles que possibilitem o exercício de reconstrução e compreensão dos significados mobilizados pelos grupos na defesa da morte assistida. Os textos são dotados de representatividade e credibilidade à luz do recorte e perguntas da pesquisa.

Desse modo, o processo de seleção e critérios adotados para escolha das fontes documentais seguem diretrizes orientadas segundo a visão predominante da pesquisa documental contemporânea, a dizer, o que Cellard (2014) distingue como o procedimento de “análise preliminar” — anterior à análise de fato e necessária enquanto forma de atestar a “rentabilidade” da fonte documental escolhida. Que seria uma análise preliminar? De modo breve, consiste numa avaliação prévia do documento considerando aspectos como sua

autenticidade e confiabilidade, o contexto no qual foi escrito, seus conceitos-chave e a lógica interna do documento. Na realidade, Cellard afirma que essa “avaliação crítica” constitui a primeira etapa do próprio processo analítico, pois permite atestar a qualidade da informação adquirida segundo critérios objetivos.

Para o que nos interessa, a seleção dos documentos não é aleatória: parte por uma identificação, numeração e categorização dos textos nos quais se perceba um sentido de civilidade enquanto adesão à noção de “controle individual do processo terapêutico” e, assim, à “boa morte” — como busquei deixar claro, são especialmente relevantes os escritos que mobilizem os sentidos empíricos da noção de civilidade. A credibilidade e representatividade dos documentos escolhidos será avaliada de acordo com a relação percebida entre discursos de crítica — ancorados em sentimentos de indignação — e a adesão à noção de civilidade como constitutiva da “boa morte” contemporânea.

No que se refere ao tratamento analítico conferido aos dados, a orientação da presente pesquisa também comporta-se segundo os referenciais contemporâneos da análise documental, que atestam a centralidade da temática e do questionamento inicial da pesquisa — isto é, do interesse temático do pesquisador — enquanto critérios centrais tanto para o processo de seleção das fontes documentais quanto ao processo de análise como um todo. O tratamento analítico das pistas colhidas opera segundo a diretriz de “desconstrução” e “reconstrução” dos dados extraídos. Que seria isto? Segundo André Cellard (2014) a metodologia tradicional de pesquisa documental orientava-se unicamente segundo uma acumulação de “fatos históricos incontestáveis”, de maneira que o trabalho de análise se resumia a fazer uma síntese dos elementos acumulados e adquiria, assim, um caráter “descritivo”.

Na pesquisa documental contemporânea, o documento por si só não é capaz de dizer nada sem a mediação do pesquisador. Por isso, procede-se pela “desconstrução” e “reconstrução” do documento, isto é, “triturar”, “destrinchar” o material para, em seguida, “reconstruí-lo” *com vista a responder ao seu questionamento*. As ligações entre os dados extraídos e os elementos de informação se dá por uma estratégia em que o pesquisador desmonta e remonta o documento, à luz do seu questionamento inicial, de modo a responder os problemas colocados pela pesquisa. Não se deve mais privilegiar a pretensa “verdade” que o documento contém, mas a problemática de origem da pesquisa. É justamente esse encadeamento entre o questionamento da pesquisa e as diversas observações extraídas dos documentos que possibilita ao pesquisador formular explicações plausíveis. Na realidade, é orientado segundo seu questionamento que elabora interpretações e avaliações “próprias”, isto é, condizentes com o recorte e perguntas colocados pela sua pesquisa.

Por isso que André Cellard (2014) escreve em benefício da postura de se construir, desde o início da pesquisa documental, algumas ideias diretrizes, um quadro teórico, a fim de orientar as análises. Portanto, na presente investigação sociológica, a exploração do material empírico e movimentos analíticos orientar-se-ão segundo o enquadramento teórico da pesquisa, isto é, segundo Elias, buscando perceber as formas de engajamento na noção de dignidade e civilidade enquanto constitutiva da “boa morte” contemporânea.

Como destaquei, um outro movimento analítico da presente pesquisa consiste nos usos de uma “sociologia da morte” para pensar questões atinentes às “condições de possibilidade” de organizações como o DMD. De maneira geral, oriento-me aqui segundo à pesquisa bibliográfica em fontes secundárias, que foi realizada nos livros *A história da morte no Ocidente* (1977) e *O homem diante da morte* (2014), do historiador francês Philippe Ariès, e *Uma história social do morrer* (2016) do sociólogo australiano Allan Kellehear. É importante destacar que ambos os autores ocupam, aqui, a posição de “fontes secundárias” — fontes que já envolvem generalizações, análises, sínteses, interpretações ou avaliações da informação original — já que, em suma, toda a investigação sociocientífica aventada pela pesquisa ancora-se nos dados históricos e etnográficos selecionados, analisados e interpretados por esses autores — processo este realizado segundo o sistema teórico-conceitual que prescrevem.

De antemão, destaco que a orientação analítica centrada na “desconstrução” e “reconstrução” dos dados — como subscreve a análise documental contemporânea — foi o processo adotado pela pesquisa para seleção dos dados históricos e etnográfico retirados dos livros supracitados. As razões para isso encontram-se na “rentabilidade metodológica” deste método enquanto procedimento que permite a seleção dos dados históricos tomando como pano de fundo o recorte, questionamentos e movimentos analíticos aventados pela pesquisa. Nesse sentido, considero importante enfatizar que, nesse processo de desconstrução e reconstrução das fontes secundárias, não estou desconsiderando as especificidades, a lógica interna e a coerência (pressupostos metodológicos, epistemológicos e teóricos, p.ex.) do empreendimento de cada autor. Como já busquei deixar claro, retomo desses observadores algumas premissas teóricas e metodológicas acerca da compreensão histórico-social da morte que inauguraram, fazendo uso de certos elementos — como a perspectiva de longa duração e o processo histórico de gênese e transformação de modelos de morte — que me permitam pensar questões atinentes e relevantes ao próprio estudo sociológico do DMD. Por isso, o critério para seleção e análise de dados secundários não foi outro senão aquele atinente ao recorte, objetos e perguntas da pesquisa. Por outras palavras, foram selecionados e analisados apenas os dados que nos ajudem a responder, a partir um movimento de desconstrução e reconstrução das fontes secundárias, as

perguntas colocadas e os processos analíticos necessários para respondê-las. É este movimento, denominado de “desconstrução” e “reconstrução” pela pesquisa documental contemporânea, que possibilita ao pesquisador produzir interpretações.

CAPÍTULO 3

A MORTE E O MORRER SOB UMA PERSPECTIVA SÓCIO-HISTÓRICA: APONTAMENTOS SOCIOLÓGICOS

Neste capítulo, apresento ao leitor o que venho denominando como uma compreensão “histórico-sociológica” da morte, fundamentada em estudos sobre o morrer que partem por um exame “grande-angular” dos discursos e práticas diante do fenômeno, e o apreendem, assim, no curso de um processo com vários séculos ou milênio de duração. Como afirmei, meu intuito é apreender, com o recurso a tal compreensão, as condições de possibilidade para a emergência histórica de organizações como o DMD. Para tanto, desenvolvo um estilo de raciocínio em que argumentação e narrativa histórica estão imbricadas, e discuto aspectos como, por exemplo, individualismo e aburguesamento, secularização e civilidade no processo do morrer.

Os dois primeiros tópicos do capítulo versam sobre dois distintos modelos de morte trabalhados por Kellehear em seu “*Uma história social do morrer*” (2016). Com tal discussão, tomo como ponto de partida a noção, por ele defendida em todo seu livro, que modelos de morte — contemporâneos ou não — constituem-se a partir de características reconhecidas, sancionadas e herdadas de modelos anteriores. Isto significa dizer, por outras palavras, que mesmo o específico e singular modelo de morte prescrito por organizações como o DMD nasceu e só pode se desenvolver tomando como base ou “pano de fundo” estilos de comportamento no processo de morrer herdados de sociedades muito mais antigas. Mesmo as condutas e aparatos morais que visam conferir ao enfermo terminal contemporâneo uma “boa morte” encontram suas condições de possibilidade nos estilos de administração da morte de povos como os primeiros camponeses assentados, vivos há milênios atrás, e dos ansiosos e controladores burgueses da Alta Idade Média. Meu propósito, com tal discussão, é lançar novas compreensões sobre o significado contemporâneo da “morte digna”, abordando sua *historicidade* e condicionantes históricos que a fizeram emergir como um problema “da ordem do dia” para nossas sociedades atuais.

Por outro lado, busco fundamentar todos os dados históricos, antropológicos e etnográficos colhidos numa teoria sociológica específica, a dizer, a teoria eliasiana do processo civilizador. Desse modo, Elias foi fundamental para “dirigir” o meu olhar para fenômenos

específicos nessa larga história humana da morte, como o processo de secularização da experiência de morrer, o subsequente nascimento da morte selvagem e indigna e, principalmente, o desenvolvimento, de longa duração, de uma mentalidade domadora e controladora da experiência de morte. Esta concepção última sobre o desenvolvimento ulterior das práticas diante da morte "abriu as portas" para uma perspectiva analítica centrada na gramática moral do DMD e sua relação com esse processo de longo alcance, em que a produção contemporânea da “boa morte” emergiu enquanto “direcionamento” dessa mentalidade para o paciente terminal em fim de vida. É isto que busco defender ao longo das próximas páginas, orientando-me pelas seguintes perguntas: se há um processo sócio-histórico — de longo alcance — cujo sentido aponta para um aumento gradativo no controle e domesticação do morrer, como ele nasceu, quais seu condicionantes sociológicos? Em que medida ou em quais aspectos a adesão ao ideal da morte digna, e a pedagogia da boa morte defendida pelo DMD, se relaciona com esse processo?

3.1 A boa morte camponesa

Allan Kellehear situa a “boa morte” na Idade Pastoril da humanidade, e busca retratar, com ela, a experiência de adoecer e morrer dos primeiros agricultores e camponeses assentados, reunidos em comunidades agrícolas, criadores de gado e voltados ao manuseio de cereais. As primeiras sociedades assentadas apareceram na passagem da Idade da Pedra para a Idade Pastoril, quando os caçadores-coletores abandonaram o nomadismo ao descobrirem os benefícios da agricultura e do pastoreio para a subsistência física. Com eles, nasce a primeira forma de vida social em que as pessoas nasciam, viviam e morriam próximas umas das outras: a vida aldeã, em pequenas comunidades camponesas. Um primeiro aspecto morfológico que caracteriza esses espaços de sociedade é a subsistência material por meio da domesticação de plantas e animais, que legou à humanidade não apenas novas formas de viver e se relacionar, mas, também, de morrer. (KELLEHEAR, 2016, p. 132).³⁰ Como mostra Kellehear, os padrões de saúde e doença de milênios de história humana encontram-se entre os camponeses assentados³¹ e decorrem diretamente da relação simbiótica que estas populações mantinham

³⁰ Como veremos, aspectos desta natureza são fundamentais para o surgimento de um certo contexto epidemiológico (o contexto de surgimento e difusão de doenças específicas); é a partir do encadeamento de fatores morfológicos e epidemiológicos que se erigem atitudes específicas diante da morte.

³¹ Até o ano de 1500, 80% da população mundial vivia em pequenos assentamentos rurais, com menos de 5.000 habitantes (KELLEHEAR, 2016, p. 133).

com espécies da fauna e flora locais. Estas informações são cruciais para entendemos a sociogênese de certas experiências arquetípicas de morte, específicas desses meio sociais.

Conforme o contexto epidemiológico da Idade Pastoril constituía-se em torno do predomínio das doenças infecciosas, como a tuberculose e a malária, atitudes específicas face ao adoecer e morrer instituíram-se: à medida que promoviam um morrer *lento, demorado e gradual*, que acontecia em dias ou semanas próximos, gerou as condições necessárias para o desenvolvimento de uma *consciência* da morte próxima, que acontecia a partir da percepção pessoal da deterioração física. Foi com as sociedades pastoris que as pessoas “aprenderam a observar e compreender os padrões de comportamento corporal e social” (p. 153) no morrer, que, ao avizinhar-se, demonstrava sinais que cabiam à pessoa, e sua família, reconhecer (ARIÈS, 1977). Desenvolveu-se, portanto, “um senso de morrer que altera o comportamento futuro de maneiras específicas, causando despedidas ou preparativos especiais para o caso de a morte realmente ocorrer” (KELLEHEAR, 2016, p. 155).

É com base nessas considerações que Kellehear constrói sua definição de “morrer”, mais acima apresentada. É na sociedade pastoril que a morte começou a ser precedida por um “novo tempo e espaço social”: o tempo entre o reconhecimento do morrer e o fim propriamente dito (p. 157). É esse novo tempo – contemporaneamente conhecido pelo termo “terminalidade”, quando a morte é uma realidade em alguns meses – que cria o espaço necessário para o desenvolvimento das primeiras formas de “administração” do período final da vida. Nas sociedades pastoris, essa gestão da morte era um processo interpessoal que cabia ao próprio morredito, sua família e comunidade – e a partir de tradições e rituais religiosos herdados –, gerir:

Durante esse período relativamente breve da vida antes da morte, o moribundo talvez pudesse fazer sugestões sobre como, quando e com que queria ser enterrado. Pela primeira vez na nossa história, os morreditos puderam ter voz ativa sobre as coisas que haviam de acompanhá-los: que armas, víveres ou objetos de estimação desejavam “levar” consigo. Puderam expressar a preferência por um lugar de sepultamento. Passaram a ter tempo para se despedir de vários parentes. Agora os próprios moribundos podiam participar dos preparativos religiosos do morrer (KELLEHEAR, 2016, p. 157)

Kellehear nos mostra que foi essa natureza gradual da morte que criou as condições de possibilidade para o desenvolvimento de um “*eu participante*” na experiência de morrer. Aqui, as pessoas participavam ativamente das cerimônias da morte – de si e dos outros – contribuindo funcionalmente para os rituais, planos, funeral ou enterro que marcam a cerimônia do seu morrer: “até o fim”, alega Ariès, “tudo ocorria de acordo com um calendário previsto pelo próprio moribundo” (ARIÈS, 2014, p. 10). A relação desse indivíduo com a morte não era mediada, como hoje, por uma autoridade médica constituída. Havia um “*dying time*” cuja

administração era da pessoa morrente, respeitando uma “*dying trajectory*” ritualmente construída. Aos sinais visíveis e enunciativos do fim que se aproximava, cabia ao moribundo tomar as providências da sua própria morte. Esta é uma das primeiras e mais importantes características desse modelo de morte, fundamental para o desenvolvimento ulterior de um *self* participante na experiência de morrer.

Por outro lado, ainda que individualmente conduzida, a morte era regulamentada por um ritual costumeiro. Mesmo quando era acidental em consequência de ferimento, ela não se apoderava repentinamente de um indivíduo (ARIÈS, 2014, p. 6). De fato, não se morria de qualquer maneira: a experiência de morrer não fugia dos ritos tradicionais que, controlados pelo indivíduo, a subdividia em etapas e controlava a cerimônia. Assim, ainda que individualista, essa experiência de morte era profundamente ritualizada, especialmente porque pressupunha o cumprimento dos ritos religiosos tradicionais por parte do moribundo em cooperação com a família/comunidade³². Desse modo, a morte era não apenas uma cerimônia organizada, regida e conhecida pelo moribundo, era também uma solenidade pública, intimamente compartilhada pelo núcleo familiar e de amigos do morrente. Guardava sua forma de ser, portanto, numa certa “sociabilidade”³³ particularmente atinente aos ritos fúnebres.

Neste último aspecto, o que fica evidente é o caráter intrinsecamente interpessoal do morrer. Esta é uma das principais contribuições da sociologia aos estudos sobre a morte. Esta, ainda que experimentada pelo indivíduo em significações profundamente íntimas, espirituais, pessoais, é também uma experiência interpessoal, sócio-afetiva: constrói-se nas experiências coletivas socialmente compartilhadas. O “sentido” que a morte tem depende, fundamentalmente, dos significados intersubjetivamente compartilhados com familiares, amigos, conhecidos. É realçando precisamente este aspecto que Kellehear considera o morrer pastoril como uma “parceria mundana entre a comunidade e o moribundo” (p. 168). O moribundo,

embora gozasse de privilégios, tinha obrigações importantes. Os preparativos da morte, por exemplo, não deviam ser excêntricos nem idiossincráticos de um indivíduo. Havia procedimentos que observar, pessoas que encontrar, tarefas a serem cumpridas e propriedades a serem dispersas. Em troca desses atos, as comunidades

³² A importância do núcleo de relações intrafamiliares e comunitárias também é expressa de outra maneira pelos autores: a morte, durante milênios da história ocidental, se procedia no interior da residência pessoal do morredor. Se tratava de um fenômeno doméstico, no sentido de fazer parte da vida comum cotidiana dos camponeses assentados. Não havia se desenvolvido, ainda, a ideia de morte como “ruptura”, particular à modernidade, afastada da vida cotidiana e, portanto, do núcleo das relações sociais.

³³ Sobre esta “sociabilidade” no morrer, Ariès cita, por exemplo, o quarto do moribundo: reconhecida a proximidade da morte, o leito transformava-se num verdadeiro espaço sociabilidade, de vida social entre parentes, vizinhos, empregados, curiosos e — costume que perdura até o advento do séc. XVIII —, de crianças. *Nuncius mortis*: a morte anunciada e reconhecida “transformava o quarto do moribundo em uma espécie de lugar público” (ARIÈS, 1977, p. 218). *Não se morria sozinho*: era uma infelicidade estar só.

fariam a sua parte no trabalho: possibilitar certos procedimentos sociais, providenciar que as pessoas comparecessem, apoiar as tarefas, prover testemunhas de atos importantes e sancionar decisões relevantes (KELLEHEAR, 2016, p. 168).

Uma das marcas registradas desse “*self*” morredição e ativo é, com efeito, decisões relativas à distribuição de bens e propriedades pessoais que cultivou durante toda a vida (KELLEHEAR, 2016, p. 160). Para os camponeses assentados, “a terra, a sucessão familiar, a honra e o nome” são os maiores bens cultivados em vida. Por isso, um morrer relativamente previsível e paulatino fornecia o tempo ideal de se preparar para fazer essas transferências — “para os sobreviventes, as três coisas principais a ser herdadas eram os bens materiais (como terra, dinheiro ou equipamento); os bens sociais (como nome, *status* ou ocupações); e os itens pessoais (como jóias, caráter ou honra e vergonha)” (p. 172). Parte integrante da vida virtuosa (boa vida) do camponês lavrador é fornecer provisões adequadas para a comunidade (p. 167). Assim, percebemos que a atitude ritual do jazente, ainda que expressa individualmente e comportando certo grau de autonomia, *dirigia-se aos outros*, aos familiares, amigos, conhecidos: “designava a quem iria o jumento, a quem o potro, a quem o gabão, a quem as botas” (ARIÈS, 2014, p. 20).

Kellehear nos mostra que, com essa partilha de bens, a solenidade da morte ganhou uma significação especial: *a continuidade da vida social e moral*, mesmo após o falecimento. No vasto leque simbólico de crenças, representações e significações da sociedade pastoril, a morte não era representada como ruptura, violação ou transgressão da vida cotidiana comum, mas, ao contrário, como um evento que permitia a “continuidade” da vida. Um conjunto de representações sobre o morrer o tornava um acontecimento previsível, não estranho e enfrentado com resignação e dignidade. Na realidade, a proximidade da morte encenava um feixe de relações sociais fundamentais para a permanência da vida social normal, baseadas nas “responsabilidades prevalecentes de reciprocidade social, trocas econômicas e expectativas morais da comunidade (...)” (p. 169). É essa familiaridade observada, cuja razão era uma maior abertura social e psicológica no trato com a morte, que, para Kellehear, vai fundamentar uma atitude fatalista face ao evento; para Ariès, uma atitude “resignada”.

Essa abordagem fatalista da morte também se devia a sua semelhança com outros ciclos previsíveis da natureza, bem como dos costumes culturais e práticas econômicas da sociedade pastoril: nascer, casar e colher, morrer. A “vida boa” era engendrada, com efeito, nessa rodada de “ciclos” cujos *modus operandi* eram previsíveis e intimamente conhecidos pelo indivíduo camponês. Por conseguinte, a boa morte se seguia a uma vida boa, era uma espécie de “complemento lógico”, um porvir previsível se “se ajustasse a todas ou à maioria das

prescrições de uma boa vida camponesa ou agricultora”. É neste sentido que Kellehear afirma que “a boa morte, em tal contexto, é um modelo conservador de comportamento concebido e sancionado pelos outros para se harmonizar e *afirmar a moral e os valores sociais então dominantes*” (p. 169, grifos meus).

(...) um morrer que permitisse ao homem ou à mulher ver a morte chegando de modo que lhe fosse possível preparar-se para ela com a ajuda da família e da comunidade condizia com tudo quanto o camponês encarava como Vida Boa. Ao fim de uma Vida Boa não falta nada do que os outros, posteriormente, descreveriam como uma Boa Morte: uma morte correspondente aos critérios da própria Vida Boa: ela seguia um padrão gradual e previsível que envolvia os outros em uma saída ordenada para o mundo (KELLEHEAR, 2016, p. 162).

Em última análise, a boa morte era aquela que *reafirmava os valores e ideais morais compartilhados pela comunidade*. Ainda que concebesse um grau específico de agência individual nos preparativos cerimoniais, a experiência de morrer era ritualizada de modo a envolver toda a comunidade pastoril, cada qual desempenhando o papel determinado tradicionalmente. É por isso que, Kellehear atesta, a pessoa moribunda *une-se* aos sobreviventes na série coletiva de preparativos para a morte (p. 160). E, face ao controle individual das etapas do morrer, seguia-se “um conjunto de obrigações morais” para aqueles que circundam o moribundo.

O fatalismo que rege a vida e morte do camponês lavrador, os ciclos naturais e culturais previsíveis que caracterizam a vida boa é o que constitui o arcabouço do viver e do morrer camponês, em que “não há lugar para a excentricidade”. Mortes “boas” e “normais” seguem-se a vidas igualmente “normais” e “boas” e não são súbitas (p. 162). A “boa morte” camponesa, por conseguinte, segue padrões e características reconhecidos e sancionados: os da vida boa. Ariès, nesta mesma chave de leitura, destaca que a familiaridade tradicional do indivíduo com a morte residia na crença, amplamente aceita e compartilhada, acerca da “concepção coletiva da destinação da espécie” (ARIÈS, 1977, p. 29). O indivíduo aceitava tacitamente a ordem da natureza, o que tornava sua relação com a morte e o morrer mais resignada.

Com a morte, o homem se sujeitava a uma das grandes leis da espécie e não cogitava em evitá-la, nem exaltá-la. Simplesmente a aceitava, apenas com a solenidade necessária para marcar a importância das grandes etapas que cada vida devia sempre transpor (ARIÈS, 1977, p. 29).

Por esse conjunto de circunstâncias, a morte não era encarada como uma experiência dramática, disruptiva, selvagem e atroz – Ariès mostrará que, nos estereótipos da morte, não se sentia a vertigem e angústia existenciais pelo fim da vida: aceitava-o pacificamente (2014, p. 29). A ritualização da experiência da morte, além de denotar certa previsibilidade ao acontecimento,

evitava qualquer atitude de negação do evento: não se tinha ideia de uma negatividade absoluta (p. 29) sobre o morrer. Não se afastava o moribundo do tecido social e das suas relações sócio-afetivas: ensinava-o a enfrentar a morte com resignação e dignidade, sem negá-la. Fenômeno muito enraizado na vida cotidiana, “a morte escapa a essa hipérbole sentimental: é sempre descrita em termos cuja simplicidade contrasta com a intensidade emotiva do contexto” (ARIES, 2014, p. 17).

Em suma, a “boa morte (...) é um morrer condizente com a expectativa mais geral da comunidade de tornar a morte tão positiva quanto possível para o máximo de pessoas” (p. 170). *Harmonizar a cerimônia individual da morte com as expectativas interpessoais* caracteriza o que se entende por “morrer belamente”, de um modo “ideal ou exemplar” (Ibid.). À medida que o morrediço incorpora em seus rituais fúnebres os ideais, valores e representações socialmente compartilhados, morre em “perfeição moral ou nobre”, ou de “modo moralmente ideal” (Ibid.). Isto porque, como alega Kellehear, o valor moral de uma morte é construído intersubjetivamente pela comunidade: a boa morte também pode ser entendida “como o domínio dos valores da comunidade (...) em face de uma morte prevista” (p. 174).

E, nesse processo de avaliação social da morte, o que se levava em conta era o quanto aquela solenidade pública providenciava, pelo sistema de transferência de patrimônios e heranças, a “continuidade e a prosperidade da família e de outras redes sociais consideradas importantes para a comunidade” (p. 172). A estreita execução das obrigações consuetudinárias e dos ritos fúnebres instituídos imprimiam à morte uma avaliação social, um juízo moral que a avaliava em “boa” ou “ruim”. Isto porque não se garantia, pelo sistema de transmissão da herança, apenas propriedades e objetos materiais. Também bens simbólicos, atitudes e crenças culturais eram transmitidos. Por isso, uma vida boa garante uma boa morte, e esta, a continuidade da vida boa para os sobreviventes. Eis, portanto, a dimensão moral e sagrada dos rituais fúnebres camponeses: não apenas lograr uma morte digna, ou a herança de bens materiais, mas a continuidade social da vida, a existência da comunidade moral.

Em síntese, a modalidade de administração da morte das primeiras sociedades assentadas caracterizou-se pela emergência do morrer lento, gradual e consciente, face ao qual erigiam-se atitudes que visavam “prepará-lo”, “organizá-lo”, “gerenciá-lo” segundo crenças, tradições e rituais específicas. Porquanto o morrer gerenciado das sociedades camponesas permitisse algum grau de ação decisória ao indivíduo, avaliava-se a “qualidade” do morrer — em termos como “belo”, “digno” ou “moralmente bom” — quando nele predominassem as práticas rituais necessárias à continuidade da vida, como a transmissão de

heranças. Em última instância, a morte só era considerada “boa” e “desejável” quando em conformidade com os valores sacralizados da comunidade — valores que alimentavam a “boa vida” e “moralmente” desejável e, assim, constituíam o substrato moral da vida social.

3.2 A “morte bem administrada” medieval

O *locus* empírico da “morte bem administrada”, sucessora da boa morte camponesa, é o contexto físico e social da cidade, dos centros urbanos portadores de uma densidade populacional expressiva e diversidade cultural e moral marcantes. Várias são as razões que levaram à passagem das comunidades agrícolas tradicionais para os centros urbanos cultural e profissionalmente diversificados. Historiadores que se debruçam sobre o tema destacam, em especial, a guerra e o comércio como as molas propulsoras da urbanização. As cidades-Estado e, posteriormente, os Estados-nação nasceram de uma concatenação de processos sociais, econômicos, técnicos e militares associados à guerra e à empresa de colonização — responsáveis tanto pelo crescimento populacional interno quanto pelo aumento dos níveis de aperfeiçoamento técnico, o que possibilitou a especialização ocupacional e o surgimento gradual de novas profissões. O surgimento de mercados internos também foi crucial para o desenvolvimento econômico desses espaços de sociedade, fazendo brotar as condições sócio-históricas específicas para o nascimento do mercador e, posteriormente, da burguesia. A cidade, em suma, é o berço dos processos históricos de gentrificação e profissionalização dos ofícios ocupacionais, fenômenos cruciais para a sociogênese de um novo modelo arquetípico de morte e psicogênese de novas formas de entender e interpretar o morrer humano. É nas cidades³⁴, por exemplo, que aparecem os primeiros médicos profissionais, hoje autoridade máxima nos assuntos relativos à vida e à morte.

A emergência histórica e instituição da “morte bem administrada” como modelo arquetípico de morte para toda uma época está correlacionada a essas transformações mais amplas e gerais que modificaram intimamente toda a experiência de vida social, interdependência humana e estruturas sociais em centros urbanos. O processo de especialização

³⁴ A cidade também é considerada a mola propulsora de diversas ideias, tecnologias, formas de vida e desenvolvimentos sociais que marcaram intensamente a história societal humana: a democracia, a arte, a ciência, a música, a atividade intelectual etc. (KELLEHEAR, 2016, p. 233). Elas são idealizadas, principalmente, como lugares de prosperidade profissional e econômica, diversidade cultural, direitos individuais e liberdade social, entre tantos outros valores. É evidente, entretanto, que tais desenvolvimentos são específicos daquelas formações sociais cujas recentes dinâmicas de interdependência humana e transformações estruturais levaram ao declínio das classes aristocráticas e dos modelos de servidão impostos por elas e ao aparecimento da classe média e seus respectivos processos de gentrificação e urbanização.

econômica foi, por exemplo, um dos mais importantes vetores dessa transformação social nas condutas diante da morte. Como argumenta Kellehear, o trabalho, sistema de valores e prioridades das profissões remodelaram a boa morte do camponês lavrador em morte bem administrada do burguês urbano (p. 246). Os advogados, por exemplo, passaram a cuidar dos assuntos relativos à herança e escritura de testamentos. Os médicos, a gerir e administrar as doenças e os preparativos para a morte. Os padres e clérigos, com o recrudescimento das suas funções pela emergência dos profissionais, voltaram-se às questões morais e espirituais. A cerimônia da morte passou a ser uma atividade compartilhada com profissionais especializados, e não mais um ritual individualmente conduzido e coletivamente assistido. Morte “bem administrada”, nome deste modelo, quer dizer morte “coadministrada por outros que não eram diretamente amigos ou parentes” (p. 241), mas por autoridades específicas, como o médico, o advogado e o sacerdote.

Para a experiência social de morrer, e para os estilos de morte a partir de então construídos, a ascensão das profissões teve duas implicações fundamentais. Primeiro, a boa morte (desejada e buscada) passou a depender cada vez menos da parceria entre enfermo e comunidade e mais da parceria entre enfermo e seu médico ou advogado, em suma, no uso dos serviços de profissionais especializados, capacitados para gerir enfermidades crônicas, dores agudas, convulsões, ataques cardíacos etc.³⁵ Em segundo lugar, que os valores e atitudes plasmados na experiência de vida e morte do cidadão urbano estavam intimamente associados à ideia sagrada de “provimento de serviço” (p. 249). Kellehear, sobre este ponto, diz o seguinte:

A crença no valor óbvio do provimento de serviço requer uma aceitação (e identificação) paralela da “necessidade”, sendo que sua satisfação regular resulta em dependência de serviço. Entretanto, isso também significa a criação de certo nível de **ansiedade** oriunda da ignorância (a base da “necessidade”) e da capacidade ou conhecimento de como ter acesso a um serviço que trate de qualquer problema especializado (KELLEHEAR, 2016, p. 249, grifos meus).

Ora, um estado generalizado de incerteza oriundo da dependência econômica e pessoal para a satisfação das “necessidades” representa um solo fértil para a formação de elevados níveis de *ansiedade*. É isto que leva Kellehear a falar da ansiedade como um dos valores estruturantes da classe média urbana medieval³⁶ (mas não apenas), a base da estrutura de personalidade desses tipos individuais. A ansiedade como traço característico da experiência de morrer é aspecto

³⁵ Isto legou à experiência da morte profundas desigualdades, particularmente, aquelas vivenciadas pela falta de dinheiro e, portanto, pela impossibilidade de acesso aos bens relativos à saúde. Desigualdades na vida foram expressas e reiteradas também na morte.

³⁶ A noção de “classe média urbana medieval” para se referir aos proto-burgueses da época é do próprio Kellehear.

fundamental para os estilos de conduta na morte a partir de então erigidos. Socialmente instilada, a ansiedade se trata da primeira experiência psíquica a ser estruturante de uma nova conduta face ao morrer, marcada pela incerteza ante ao futuro e, assim, da necessidade de tentar controlá-lo.

Para Kellehear, o alto nível de ansiedade da classe média urbana também nasceu de uma outra experiência social e psíquica fortemente desenvolvida na vida urbana: o individualismo, entendido como a carga da tomada de decisões que recaem inteiramente sobre o indivíduo (p. 252). Os apoios simbólicos, morais e psíquicos que a comunidade oferecia às provações e ambivalências da vida não são substituídos por nada na fragmentada e individualizada vida urbana, ou por algo muito reduzido ao escopo de atuação dos profissionais prestadores de serviços. Nesses espaços de sociedade, o morrer torna-se “um caminho solitário e carregado de ansiedade rumo à extinção”, e grande parte do seu aspecto de cerimônia pública, comunitária e ritualizada perde-se rumo a uma experiência cada vez mais privatizada, agonizante e dependente da administração de profissionais.

Nas antigas sociedades camponesas, o destino de cada vivente individual estava traçado pela sua posição na aldeia, rede de parentesco ou iniciação em práticas rituais. Nas sociedades urbanas e industrializadas, o destino de cada qual passou a depender em larga medida do esforço pessoal concretizado nas ocupações profissionais. A busca “por sentido” na vida recaiu inteiramente sobre o indivíduo e sua *expertise* pessoal: nada mais estava garantido e a experiência de viver tornou-se instável e cada vez mais individualizada. Assim, o declínio das tradições e rituais fúnebres, que por meio dos apoios psíquicos e simbólicos compartilhados trabalhavam coletivamente a morte e o luto, significou, igualmente, o declínio da aceitação familiar e fatalista da morte (p. 253), e o início de um morrer cada vez mais selvagem, violento e dependente de alguém para administrá-lo – isto é, controlá-lo.

Aqui, em especial, é possível visualizar um importante ponto de inflexão entre Allan Kellehear e Philippe Ariès no tocante às características específicas do modelo de morte agora descrito. Para Ariès, este morrer degradante e solitário é particular à sociedade industrial moderna e oriundo de processos históricos estritamente modernos – o aparecimento do hospital, mudanças nas relações intrafamiliares, o crescente poder do médico – gestados no século XVIII e que levaram a uma degradação progressiva da relação do indivíduo com a morte³⁷. Para

³⁷ A morte “moderna”, para Ariès, é “selvagem” pois perdeu grande parte das significações familiares, resignadas e comunitárias que o estilo da “morte domada” cultivava, em direção a uma experiência cada vez mais solitária e sofrida. Ariès, portanto, atribui um valor central às crenças e representações simbólicas, ou, numa palavra, ao que chamou de “inconsciente coletivo” associado à morte. É a natureza deste inconsciente, e a estrutura de sentimentos

Kellehear, na realidade, a gênese de uma experiência degradante de morte é muito mais antiga, não moderna, por assim dizer: “a ansiedade gerada pelo individualismo, a aquisitividade econômica e a gentrificação não se explica pela “modernidade”, mas pelo desenvolvimento urbano e o surgimento da classe média” (p. 253). Ora, como mostra o autor, esses processos datam de milênios atrás da história humana.

As observações antropológicas aqui invocadas sobre a estrutura de personalidade e estrutura afetiva dos membros da classe média urbana adquirem uma importância fundamental se consideramos que foram eles, e sua cultura da ansiedade, que transformaram para sempre a boa morte pastoril (p. 250). Diferentemente dos camponeses assentados, o estilo de vida burguês não engendra o fatalismo. A ansiedade que lhes é marca definidora os inclina sempre para a satisfação imediata das necessidades, resolução de problemas e, por isso mesmo, apresentam forte apego à juventude e à moda. O burguês teme, como ninguém antes dele, o envelhecimento e a morte (p. 254-5). O contexto societal ligado ao entorno urbano e os modos de viver da classe média implicaram numa experiência de morte altamente ansiosa e indesejada, dependente de uma administração e controle profissional. Isto, para Kellehear, é o reflexo de um conjunto de crenças e comportamentos que definem a personalidade do cidadão médio medieval.

O contexto epidemiológico das cidades ocupa uma posição estrutural dentre os fatores mais importantes que explicam a passagem da boa morte camponesa para a morte administrada urbana. A generalização das condutas burguesas face ao morrer ao posto de morte arquetípica se explica, em larga medida, pelas transformações sanitárias e epidemiológicas a que uma situação de afluência econômica ocasionou. Ainda que as cidades tenham intensificado o poder de contágio das moléstias infecciosas e constituído um solo fértil para a propagação de arrasadoras epidemias de peste bubônica, varíola, cólera, etc., o estilo de vida dos estratos médios da sociedade medieval modificou, gradualmente, todo o contexto da saúde pública e as práticas sanitárias vigentes. Kellehear destaca que tanto a riqueza quanto a velhice são as molas propulsoras das doenças cardíacas coronárias ou das doenças crônicas degenerativas, como o câncer (p. 258-63). Entretanto, a observação epidemiológica mais crucial a ser feita representa uma linha de continuidade entre a boa morte camponesa e esse novo estilo de morrer: *o morrer continuou sendo uma experiência prolongada, demorada, que passou a acontecer não mais nos próximos dias ou semanas, mas em vários meses ou anos à frente.*

e emoções associados à morte, que determinam não apenas sua avaliação moral e social específica, mas a própria experiência empírica do morrer individual: uma construção simbólica da morte como negativa, indesejada, solitária, ansiosa levará, necessariamente, a uma experiência degradante e ruim de morte.

Essas mortes excessivamente prolongadas, por ocasião de câncer ou cardiopatias, em sua grande maioria eram dolorosas, angustiantes e degradantes. A própria intensidade do sofrimento excluía toda a possibilidade de um morrer “bom” e “belo”. Era uma experiência de morte cujo transcorrer retirava do morredito os “valores mais importantes constituintes da sua personalidade: o controle pessoal, a capacidade de pensar e escolher, mesmo para organizar seus assuntos com a mente lúcida” (p. 265). Ora, as profissões – em especial o médico – entram em cena precisamente quando o morrer prolongado e atroz torna-se incapaz de ser administrado pelo próprio indivíduo ou comunidade. O alívio dos sintomas, como a dor crônica, permite uma continuação, ainda que precária, da vida.

Assim, a morte bem administrada é o fruto de condições sociais e epidemiológicas que implicavam num morrer prolongado, a cuja preparação e organização os estratos médios da sociedade dedicavam muitos recursos. Entretanto, se esta morte arquetípica de toda uma constelação histórica compartilha destas duas características com o modelo anterior, ela traz, consigo, novas práticas, discursos e significações ante ao morrer, um conjunto de novos elementos que a particularizam e marcam sua singularidade: ela inaugura a natureza assistida da morte (p. 268). O médico, o advogado e o padre – não mais a comunidade – entram em cena para administrar a morte junto ao paciente, numa batalha travada em equipe *contra* o morrer atroz, degradante e doloroso por câncer. O *self* participante e ativo da boa morte camponesa recrudescer para gerir o seu morrer com profissionais especializados prestadores de serviços.

A natureza assistida da morte significa que ela passou a ser confirmada por outros especializados. A própria consciência da morte se tornou algo profissionalizada e menos individual – como vimos, na boa morte camponesa, essa consciência era inteiramente individual e marcava o início dos preparativos do morrer. A solução para o caos potencial (psíquico, emocional e social) que o morrer pode suscitar não é mais buscada nos apoios psíquicos e coletivos que os rituais fúnebres podem fornecer, mas nos apoios profissionais médicos, jurídicos ou espirituais. O morrer no envelhecimento por doença crônica degenerativa trouxe uma primeira forma de complexificação da experiência da morte: não apenas a gestão da dor e dos sintomas agudos, mas dos problemas econômicos e jurídicos a serem resolvidos antes do fim (p. 275), e a necessidade de procurar ajuda ³⁸.

Aqui, o que separa e distingue a boa morte camponesa da morte bem administrada urbana é a natureza dos preparativos para a morte. Enquanto que o camponês lavrador era

³⁸ Neste ponto particular, Kellehear nos diz que o morrer passou a ser encarado não apenas como uma questão familiar ou comunitária, mas como um problema público administrativo e privado que requeria a atenção de profissionais específicos (p. 276)

moralmente impelido a distribuir sua herança por um senso moral de continuidade da vida comunitária, a elite profissional urbana o fazia não por um dever moral, mas por motivações puramente administrativas e técnicas, com auxílio de advogados profissionais. Os preparativos para a morte não eram mais os rituais fúnebres comunitários, mas as complexidades jurídicas e financeiras do burguês profissional. Isto também é revelador do lugar que a comunidade passou a ocupar na experiência de morte do morredio individual: cada vez mais, os outros não diretamente relacionados com o moribundo e que não preenchiam seu entorno sócio-afetivo foram afastados do leito em que jazia enfermo (p. 279). A morte administrada, ainda que pressuponha a consciência e os preparativos do morrer da boa morte camponesa, diferencia-se desta no *modus operandi* desses acontecimentos — “fazer uma boa morte”, alega Kellehear, “era visto como um importante desafio de *administração* financeira e jurídica” (p. 286, grifos do autor).

A natureza atroz, degradante e assustadora do morrer por câncer, considerando a sintomatologia das doenças degenerativas, representava a perda de controle, dignidade e paz de espírito do indivíduo burguês. Sua estrutura de personalidade, como vimos, engendra uma atitude não fatalista diante da vida, uma ansiedade a níveis coletivos e a necessidade permanente de solucionar problemas. É por isso que o estilo de morte desses estratos carrega consigo uma forte significação de gestão e administração profissional — tornar a morte boa se tornou um “problema administrativo mais amplo da tomada de decisão e coordenação” (p. 277). O apego à moda, à vida e à juventude desses estratos de classe dão à morte uma representação negativa, ansiosa e temida. A proeminente necessidade de controlá-la, administrá-la é o reflexo de seu estilo de vida. A morte ruim e indesejada poderia ser aliviada e atenuada com os profissionais certos. Como diz Kellehear: “(...) a meta de toda boa administração é obter resultados mediante a organização disciplinada do *self* e dos outros” (p. 280). A avaliação da morte como “boa” ou “ruim” não cabe mais à comunidade, não diz mais respeito a afirmar os princípios morais vigentes, mas ao controle da dor, do corpo canceroso e resolução dos problemas financeiros e jurídicos do morredio individual.

O individualismo que caracteriza o morrer bem administrado é forjado e plasmado no seio desses valores, comportamentos e representações da classe média urbana. A experiência de morrer caminha para uma significação cada vez mais individualizada, solitária e isolada, produzida na imbricação entre aspectos morfológicos dos centros urbanos, com sua alta densidade populacional, vida social fragmentária e anônima, e valores de classe dos estratos burgueses da sociedade (contratos sociais específicos com interesses particulares), separados das significações coletivas tradicionais, das comunidades aldeãs e da preocupação com o

destino coletivo da espécie. A administração da última etapa da vida era individualista porque a vida social desses estratos de classe também o era, como determinavam as relações econômicas, serviços prestados, pagamentos de honorários.

Em um cenário de morte bem administrada, o moribundo assume tanto controle sobre seus negócios quanto humanamente possível, tentando dirigir e moldar o morrer segundo o seu desejo individual. Sem dúvida, há considerações cívicas para com a família, o trabalho, a religião, mas a ênfase, o tipo e o alcance dessas reciprocidades são decididos por cada morrente *individual* (KELLEHEAR, 2016, p. 293-4, grifos do autor)

O significado preciso de morte individualizada, privatizada e isolada é não apenas a distância física entre o moribundo e a comunidade aldeã mais ampla, restrita apenas a alguns familiares e o círculo profissional contratado, mas a distância *simbólica* entre as ações, decisões e preparativos tomadas e as obrigações consuetudinárias. É isto que leva Kellehear a dizer que a morte bem administrada é altamente idiossincrática (p. 298). O poder pessoal do morredor individual nesse modelo de morte remonta às origens do individualismo urbano, e decorre da sua personalidade, *status*, conflito e harmonia específicos da família e à própria circunstância da doença.

Para o que nos interessa, tanto o modelo arquetípico de morte das sociedades camponesas quanto o estilo de morrer das classes médias profissionalizadas são fundamentais para a gênese histórica do DMD e sua pedagogia da boa morte – em outros termos, representam suas “condições de possibilidade”. Tal afirmação se fundamenta nas sendas de outros estudos das ciências humanas e sociais que abordam a morte no curso de um processo de longa duração, buscando suas dimensões simbólicas, práticas e estruturais. De fato, as singularidades culturais que cercam o nascimento de organizações sociais para o morrer permitem uma linha interpretativa centrada na “inovação” dos valores e discursos prescritos por tais grupos³⁹. Contudo, se é possível falar que modelos de morte, no curso de uma longa duração, constituem-se a partir de características herdadas de modelos anteriores, perceberemos que o ideal de morte prescrito pelo DMD se constituiu a partir uma concatenação de características herdadas desses dois modelos anteriores. Como se constitui essa relação?

Enquanto “condição de possibilidade”, o DMD herdou das sociedades camponesas, antes de tudo, a noção de que o morrer é um evento *reconhecível* e que, no curso do espaço de tempo entre a consciência do fim próximo e a morte biológica — a “terminalidade” —, deve ser *preparado* e *organizado* a fim de que se torne “bom”. É da natureza “preparatória” da morte,

³⁹ Cf., p. ex., MENEZES, Rachel Aisengart. Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos (2004).

herdada desse modelo, que adveio a noção de um *self* participante nas cerimônias do morrer, hoje tão características do “novo individualismo nas decisões da saúde”, em que o enfermo terminal, investido de novos valores e papéis, é peça chave na produção contemporânea da boa morte. Em outras palavras, a “boa morte” é algo que se *constrói*, que se organiza pelo próprio morredio.

Ainda que essa organização não mais aconteça por meio de uma parceria entre enfermo e comunidade, mas entre doente e profissionais especializados – da qual retira sua similitude com a morte bem administrada medieval –, o caminho rumo à morte desejada não é “natural”, no sentido de advir por si próprio. *Ele precisa ser construído*. Na realidade, o morrer canceroso, o corpo deteriorado, a dor e a perda da consciência, bem como a institucionalização e objetificação do paciente retiram desta experiência qualquer noção de “boa” e “bela”. Para que a boa morte seja desejada e atingida, é fundamental que o morrer, em seu aspecto de experiência selvagem, seja preparado, organizado – numa palavra, domado. Acontece que, nas significações contemporâneas da morte digna, essa busca e preparação da boa morte não mais compele às obrigações consuetudinária e à comunidade, ou aos profissionais da saúde e suas tecnologias para o retardamento do morrer. Hoje, é mais adequado falar numa boa morte *autoconstruída*, isto é, erigida à luz das demandas individuais e subjetivas daquele que morre, como poder e autonomia decisória no fim da vida. Desse modo, é característico da pedagogia da boa morte do DMD um *self* participante que constrói o morrer “belo” e moral” desejado, como nas sociedades camponesas, mas que interrompe o avanço do morrer selvagem e busca a boa morte não através dos recursos acima citados, inadequados ao desejo de soberania e independência contemporâneo, mas das demandas pela livre disponibilidade da vida, pelo controle do tempo de morrer, pelas diretivas antecipadas da vontade. Falarei melhor deste aspecto no próximo capítulo.

Por outro lado, mais fundamental ainda é a noção, também herdada das sociedades assentadas, que esse agir preparatório da boa morte deva se orientar segundo valores socialmente sacralizados. Não é suficiente apenas a atitude de construir a boa morte: o morrer se torna “bom” ou se “dignifica” quando preparado e organizado por um *self* individual em conformidade com valores socialmente sacralizados, como a dignidade. Assim, a “boa morte camponesa” legou à história ulterior um sentido de “bom” e “digno” na morte quando, nas atitudes e discursos perante este evento, predominam os valores e ideais morais que, *face à vida*, a tornam boa e desejável. Os valores da boa morte são os valores da boa vida, e vice-versa. Essa concepção última de “boa morte” oferece a vantagem de possibilitar uma análise da noção de “boa” e “digna” na morte centrada não diretamente em referentes empíricos, mas,

fundamentalmente, no conteúdo moral de uma dada sociedade. Quer dizer, a morte se torna boa quando organizada não segundo um modelo prescrito – p. ex., tranquila e pacífica no fim da vida ou enérgica e violenta no campo de batalha –, mas quando ancorada em valores e ideais sacralizados. Há a possibilidade que ela se torne “boa” mesmo quando em decorrência de doenças terríveis e avassaladoras como o câncer, como veremos adiante. Essa compreensão representa uma excelente chave analítica para entendermos porque a morte idealizada pelo DMD é “boa”: porque os estilos de conduta no processo de morrer devem se orientar segundo os valores últimos considerados sagrados pelo indivíduo, como o ideal da dignidade e autonomia humana – e não diretamente, por exemplo, as ações orientadas segundo razões estritamente “médicas” ou “racionais”.

O ideário contemporâneo de morte digna encontra também no estilo de morrer bem administrado dos estratos médios da Idade Média algumas condições de possibilidade para sua própria emergência histórica. Me refiro, de antemão, à natureza compartilhada, co-administrada e assistida da morte com profissionais especializados, dos quais se depende e que, em última instância, associaram-se ao *self* individual na experiência de construção do morrer bom e desejado. Como vimos, é com a experiência selvagem, dramática e violenta de morrer por câncer ou doenças coronárias que nasce a parceria mundana entre médico e enfermo no enfrentamento do morrer atroz. Esta experiência é uma constante nos diversos modelos de administração da morte historicamente observados desde então, ainda que contemporaneamente “ressignificada” pela nova escala de valores e práticas associadas à morte por organizações como o DMD.

Ainda que o DMD subscreva, como um importante componente da “morte digna”, a defesa pelo direito de se recusar “tratamentos desproporcionados e inúteis”, mais que nunca na história a “natureza assistida” do morrer foi, por essa organização, colocada em prática. Por que? Porque, em suma, o advento histórico da morte selvagem legou à morte a noção de que sua *preparação*, além de ser compartilhada, o deveria ser especialmente com um médico. Em outras palavras, legou aos subsequentes modelos de morte uma *administração profissionalizada e medicalizada* da morte enquanto pré-requisito para a produção do “bom morrer”. Ainda que a morte digna contemporânea proscreva a *hiper*-medicalização da morte — ancorada num exercício de “autonomia decisória” —, sua construção ainda depende, em alguma medida, do alívio medicamentoso da dor crônica, como a sedação paliativa, do combate médico aos sintomas degradantes, — ou seja, ela ainda configura-se como um evento medicalizado e, portanto, *dependente* de uma parceria mundana entre médico e enfermo terminal. Diferentemente do morrer bem administrado medieval, no qual a boa morte bem

administrada dependia quase que exclusivamente do controle medicamentoso da experiência ansiosa e selvagem de morrer, na contemporaneidade, também o indivíduo terminal assumiu um *quantum* de poder decisório que, em última instância, é igualmente necessário à construção da boa morte. Veremos esse aspecto em detalhes nas próximas páginas.

Além de ter herdado a característica que atesta a necessidade da *preparação medicalizada* da morte, o ideário contemporâneo também herdou o “pressuposto”, o “propósito” ou a “lógica” por trás dessa preparação: o *controle* e *domação* do morrer selvagem. Como entender corretamente a sentido dado aos termos controle e domação? Aqui reside, possivelmente, a principal herança do morrer medieval às gerações posteriores. Em razão de sua relevância para a presente pesquisa, discutirei essa questão em maior profundidade no tópico abaixo.

3.3 Mortes ruins e a necessidade de domá-las

Algo fundamental da natureza do morrer a que tanto Allan Kellehear quanto Philippe Ariès devotam especial atenção é sobre a preponderância de mortes ruins sobre mortes tidas como boas e desejadas. A existência de mortes inesperadas, indesejadas, súbitas ou simplesmente ruins representa um obstáculo não apenas à construção empírica da “boa morte”, mas, também, à construção teórica das condutas face ao morrer enquanto “modelos” e “estilos”. Seja a boa morte camponesa ou a morte bem administrada urbana, esses modelos tiveram e tem de se confrontar, sempre, com a existência de mortes súbitas, que excluem qualquer tentativa de preparação, e mortes ruins, que fogem à ritualização costumeira e são profundamente temidas. É preciso entender os estilos de morte como modelos ideais ⁴⁰.

Nas sociedades camponesas, a morte ruim acontecia não apenas quando a precipitação de algum evento mortífero e trágico inibia uma “consciência” da morte iminente, mas, também, quando impossibilitava toda gama de rituais e preparativos para a cerimônia comunitária do morrer, como a transferência da herança. A boa morte, que afirmava a vida boa e as boas relações sociais, é solapada pela morte ruim, que representa uma afronta ou ruptura dessas relações (KELLEHEAR, 2016, p. 179).

Nas sociedades urbanas, uma boa morte bem administrada é ameaçada pela doença grave, morte súbita e está relacionada à impossibilidade de uma boa administração do ponto de vista médico (p. 300). A morte ruim guarda, nesse espaço de sociedade e escala social de

⁴⁰ Decerto que as mortes boas existem em grandes quantidades, suficientes para que os indivíduos as vejam e as almejem.

valores, uma profunda relação com a perda da fruição da vida por dor crônica, a agonia interminável, o morrer de câncer ou de ataque cardíaco, em suma, tudo aquilo que represente uma forte ameaça à capacidade de controle e autonomia individual para gerir os problemas financeiros, jurídicos e médicos que a morte acarreta. As provações físicas a que as doenças crônicas degenerativas levavam passaram a denotar à morte representações ruins, ansiosas e indesejadas.

Sociedades de indivíduos com alta expectativa de vida e experiência social do envelhecimento valorizam toda gama de ideias e práticas associadas à preparação para a morte, o que acontece em semanas ou até meses antes da morte biológica. Esses preparativos adquiriram, com o advento das sociedades urbanizadas, uma natureza financeira, jurídica e médica e podem ser entendidos como práticas de administração da última etapa da vida ou, simplesmente, como condutas que buscam *domar* a morte cancerosa. Ainda que administrar remonte a um sentido interpessoal de gerir por intermédio das outras pessoas — no caso, co-administrar a morte com pessoas especializadas —, *administrar também implica em autogestão e administração de si próprio* para a gestão de recursos, finanças, conhecimento, equipamento etc. (p. 280). Aqui, mais uma vez, percebe-se a necessidade de uma organização disciplinada do *self* e dos outros na construção da “boa morte”.

Neste ponto em particular, Kellehear nos mostra que o desejo de lidar com acontecimentos catastróficos inevitáveis, como o adoecer e o morrer, e todas as formas de administração que implicam, guarda uma íntima relação com os princípios atuais do gerenciamento de crise e planejamento de emergências — aplicados, por exemplo, em Chernobyl. Em suma, estes princípios atuam não apenas como requisitos para controle e contenção de emergências, mas, antes, sua prevenção: I) revisão completa do sistema e verificação das vulnerabilidades, evitando, assim, o perigo. II) Alto nível de preparação: vigilância constante e programas de detecção. Igualmente, planos de reação e recuperação. III) Altos níveis de treinamento para possíveis intercorrências. IV) Estratégias de gestão da informação confiável, capazes de conter o pânico, o boato e a desinformação (p. 280-1)

No modelo de morte bem administrada, essa intelectualização e planejamento dos desastres pessoais, como o morrer, também são observados, de modo que se pode falar numa “homologia entre gerenciamento de crises e administração do morrer”: I) As classes médias são grandes consumidoras históricas dos serviços de saúde e médicos. A assistência médica é visitada constantemente. II) São, igualmente, propensas a maximizar as condições de seus meios de sobrevivência, a partir da busca permanente de sinais delatores (nódulo suspeito, sangramento inusual, tosse permanente), avaliando o cenário e investigando. Em caso da

detecção de doenças graves e com risco de morte, a reação é aceitar a maior parte das terapias oferecidas. III) A classe média prepara-se “bem” para a morte a partir do planejamento financeiro e jurídico, exercício do controle técnico sobre tais questões, emprego de pessoal especializado e treinado como contadores, advogados e médicos, assim como profissionais funerários e de saúde pública. IV) O uso de profissionais satisfaz, enfim, o requisito do gerenciamento da informação, e devem ser capazes de oferecer modelos de projeção ou previsão e estratégias de administração (p. 281-2).

Aqui, controle e contenção de ameaças, como a visita constante a profissionais médicos e a realização constante de exames clínicos fazem parte de uma modelagem específica de administração/gestão do morrer que se pauta pela prevenção, pelo desejo de lidar com acontecimentos catastróficos de maneira prevenida, informada e organizada, numa palavra, *controlada*.⁴¹ Assim, o morrer difícil tornou-se uma das preocupações mais fundamentais das elites urbanas ricas e ansiosas: a morte súbita ou vagarosa e dolorosa incutiu nesses indivíduos a necessidade de *domar* o morrer que, com o advento da velhice e das doenças degenerativas, havia se tornado *selvagem*.

No esquema teórico do autor, domar diz respeito a colocar sob controle humano tudo aquilo tido como feroz e selvagem. Significa suavizar, sedar, moderar, abrandar, domesticar: domar as coisas selvagens a fim de dominá-las, amansá-las, torná-las tratáveis ou dóceis. Selvagem, por sua vez, é ser incontrolável, rude, rebelde, imprevisível. “A imagem da morte como uma coisa selvagem”, diz Kellehear, “sugere caos, desordem, aleatoriedade, violência, assim como o imprevisível, o inesperado” (Ibid., p. 327). Como vimos, a noção de selvagem penetra nos repertórios simbólicos das classes médias urbanas para dar conta de tudo aquilo — animais, plantas, pessoas — que acentuasse o contraste, o medo, o estranho, especialmente tudo que fugisse do seu escopo de condutas e representações ansiosas e submetidas ao controle individual.

Em virtude da natureza violenta, selvagem e atroz do morrer por câncer, a conjulção de práticas e valores sagrados não mais era “suficiente” enquanto *Leitmotiv* que orientava a construção da “boa morte”, como nas sociedades camponesas. A aterradora experiência do morrer canceroso solapou qualquer imagem de “bom”, “belo” e “digno” na morte.

⁴¹ Uma observação epidemiológica e cultural fundamental a se fazer é que tais atitudes e representações face ao morrer só podem ter surgido nos estratos de classe cuja afluência econômica proporcionasse o acesso a tais serviços; cujos comportamentos e valores fossem ansiosos e instrumentalistas, apegados à vida e à juventude, mas, também, voltados ao autocontrole individual; cuja expectativa de vida fosse suficientemente alta para que atingissem a velhice e, por outro lado, que a experiência de morrer por velhice e por doença crônica degenerativa já fosse suficientemente temida, indesejada, dolorosa e atroz para que todas essas medidas de administração da morte fossem instituídas.

Gradualmente, a imagem idealizada da morte passou a se ancorar não apenas nos valores sacralizados, mas, também, na “boa” administração medicamentosa e controle dos sintomas degradantes. Com a secularização, a produção da boa morte se tornou uma experiência do “céu” e da “terra”, “sagrada” e “terrena”: o bem-estar corporal entrara em cena. Aqui, embora os adjetivos “atroz” e “selvagem” possuam uma acepção biológica, eles dizem respeito a um conjunto de fatores intimamente associados à fenômenos como a secularização e privatização da morte.

Como vimos, a morte domada/boa morte camponesa era parte integrante do entendimento cosmológico da maioria das pessoas nesses espaços de sociedade — o fatalismo camponês e a crença na destinação coletiva da espécie engendraram uma familiaridade expressiva com a morte. A crença no além-mundo e toda gama de significações simbólicas associadas à morte faziam dela um lugar povoado de seres, costumes, códigos morais, ordem social. Assim entendida, a morte não era temida, indesejada, atroz e *selvagem* — mesmo a morte dolorosa em decorrência de moléstias infecciosas.

A ascensão dos espaços urbanos trouxe uma nova estrutura de interdependência humana que foi crucial para novas atitudes e significações frente ao morrer, especialmente para os estratos altos dessas sociedades. A emergência histórica das elites urbanas significou o declínio da morte familiar e ascensão da morte selvagem porque significou, em igual medida, *o declínio das cosmologias religiosas e ascensão gradual da secularização*. Quanto mais o destino se tornou incerto e obscuro e quanto mais a secularização e o individualismo assumiram a forma de um questionamento das crenças e valores tradicionais, mais ansiosos com o destino físico, social e religiosos se tornaram as pessoas. Nesse percurso, a morte passou a ser entendida como um inimigo que, antes domado e bem compreendido, é, agora, “despojado de uma cosmologia de apoio que guie a nossa compreensão dele”, transformando-se “numa coisa feroz, irracional, selvagem e vazia de sentido” (p. 327).

Dois dos principais signos que atestam essa passagem de uma ideia mansa da morte para outra selvagem são representados pela mudança do “lugar” e “arsenal” de esforços para domar a morte. Diz Kellehear: “enquanto os recursos religiosos enfocavam as almas durante o morrer e a morte como lugar, os recursos médicos tinham por alvo os corpos como um “lugar” emergente do morrer e da morte” (Ibid.). Ou seja, é passagem da alma para o corpo (lugar), dos recursos religiosos para os recursos médicos (arsenal).

As preocupações com as lutas e agonias do espírito logo cedeu o passo às lutas e agonias finais do corpo, e, com a chegada dos AVCs, dos cânceres e de outras enfermidades associadas ao aumento da expectativa de vida, o médico não demorou

a substituir o sacerdote ou a ele se igualar em poder no papel de predileto à beira do leito de more (KELLEHEAR, 2016, p. 332).

A partir de então, Kellehear no diz que a preparação para o morrer passou a ser uma “atividade voltada para este mundo”: não mais a consecução dos ritos fúnebres e religiosos, mas o gerenciamento médico, jurídico e advocatício. Em última instância, a produção da boa morte passou da esfera sagrada para a esfera mundana; da predominância dos valores sagrados para a preponderância da técnica médica. Por isso mesmo, preparar e gerir a morte assumiu cada vez mais uma conotação de controle, domesticação e amansamento deste fenômeno feroz, selvagem e, pela primeira vez na história, “sem sentido”. Por que essas considerações são importantes? Porque é incorreto postular uma diminuição ou mesmo supressão da natureza controlada ou domesticada da morte — como sugeriu Ariès (1977)⁴². Na realidade, o desafio de domar a morte evoluiu “desde as suas formas sedentárias rurais (com poucos profissionais) até as sedentárias urbanas (caracterizadas pelos serviços profissionais) (...)” (p. 324), culminando na completa medicalização do morrer a partir do advento do hospital moderno e sua racionalidade anátomo-clínica.

À medida que a técnica médica, assumindo a posição de instrumento por excelência de controle do morrer selvagem, tornou-se indispensável para a produção de “boas mortes”, a natureza contemporânea da morte digna, ainda que específica de nossa constelação histórica, é herdeira desse processo de longa duração mediante o qual gerir o morrer passou a ser enfrentá-lo e domesticá-lo, ainda que ressignificado mediante a entrada em cena da autonomia decisória do indivíduo. Houve uma mudança nas relações de poder, mas não naquilo que se disputa: o controle, agora individualizado, do morrer.

Para Kellehear, o desejo burguês e urbano de domar a morte “é uma extensão lógica da outra antiga mentalidade de colono de domar animais e plantas “selvagens” em nome da alimentação e da segurança” (KELLEHEAR, 2016, p. 316). Mais a fundo, argumenta que o desejo de domar a morte “proveio da aversão da classe média emergente a qualquer coisa parecida com o comportamento ou a identidade animal desenfreada e descontrolada” (p. 317), com tudo aquilo que fosse, do seu ponto de vista, selvagem.

A classe média moderna, em particular, desenvolveu uma **sensibilidade exagerada às intimidades físicas do nascimento, do sexo e da morte**. O medo do câncer ou do abandono da vulnerabilidade e da solidão de viver e morrer em pequenas famílias de trabalhadores imigrados pode ter alimentado esses outros receios. Uma cultura instrumentalista, desarraigada e antitradicional também há de ter dado esperança e

⁴² O erro de Ariès foi, fundamentalmente, enxergar esse processo de deterioração dos repertórios simbólicos da boa morte apenas na modernidade, em suas estruturas simbólicas e sociais específicas, e não na própria sociedade urbana e medieval, na qual já estava em curso o processo de brutalização da experiência do morrer.

urgência à ambição das elites urbanas de conseguir “domar” o morrer difícil (KELLEHEAR, 2016, p. 317, grifos meus).

Por outras palavras, a morte começou se tornar *selvagem, ruim* e a gerar aversão também porque desenvolveu-se, nesses estratos de classe, uma sensibilidade exagerada às intimidades físicas de eventos como o sexo e o morrer. Ora, essa “sensibilidade exagerada às intimidades físicas” não é o signo de uma estrutura de personalidade cuja “economia psíquica-pulsional” parece seguir os efeitos sócio-psíquicos instilados pelo “processo civilizador”, do qual fala Norbert Elias (2011)? Para Elias, o processo civilizador instilou uma regulação dos “aspectos elementares e animais da vida humana” a partir da instituição regras sociais para o controle de tudo aquilo que significasse perigo para a vida individual e comunitária — em suma, para controle tudo aquilo que fosse selvagem. A associação da morte à imagem selvagem, mais acima descrita como um dos efeitos simbólicos da derrocada das cosmologias pastoris em direção à secularização, encontra também, na noção de “processo civilizador”, uma chave explicativa. Para o que nos interessa, essas observações são histórica e sociologicamente precisas pois, fazendo eco ao que diz Norbert Elias sobre o processo civilizador, atestam a “facticidade” desse processo de longa duração mediante o qual a morte foi gradativamente associada e entendida como um evento selvagem e dramático e, assim, submetida a um aumento igualmente gradativo de controle e domesticação.

Recorro à teoria eliasiana do processo civilizador para complementar a ampla narrativa histórica aqui aventada com uma teoria sociológica coerente com os pressupostos elencados. Meu propósito, aqui, é firmar o entendimento do processo histórico de desenvolvimento dos modelos de morte enquanto permeado em larga medida pelo processo civilizador e seus efeitos sócio-psíquicos na moldagem específica de experiências de morte. É o caso da passagem do modelo de morte “bem administrado” para a “morte moderna”, na qual impera uma imagem asséptica da morte e seu banimento para os bastidores da vida social. Como iremos perceber ao longo do próximo tópico, o sentimento de constrangimento, embaraço e repugnância que se acerca da morte nas sociedades urbanas medievais é também o resultado desse controle sócio-psíquico sobre a “animalidade” humana. A morte passou a ser encarada como um grande “perigo biossocial à vida” porque as formas de vida, escala de valores e estrutura afetiva da classe média levaram-na a encarar o morrer como um monstro feroz. Não só a secularização, mas também a transformação da “economia psíquica” individual posta em movimento com o processo civilizador foi responsável pelo advento da morte selvagem e, em última instância, pela necessidade cada vez mais premente de domar, do ponto de vista individual e profissional, esse monstro atroz. É com Norbert Elias e seus referenciais teórico-analíticos que

encontramos uma fundamentação sociológica para o aumento gradual, e de longa duração, da necessidade cada vez mais premente de domar, do ponto de vista individual e profissional, esse monstro atroz.

3.3 O processo civilizador e a modalidade “moderna” de gestão da morte

Dentre os processos sócio-históricos de “longa duração” aqui aventados enquanto “condição de possibilidade” para a emergência de organizações como o DMD, o processo civilizador representa, sem dúvidas, o principal. Isto porque, segundo Elias, as transformações estruturais nas redes de interdependência funcional observadas nos últimos séculos e nas quais estamos envolvidos — p. ex., a intensificação da divisão do trabalho, a pacificação interna da sociedade — geraram transformações correlatas na “economia psíquica” dos indivíduos — isto é, na cognição e sensibilidade individuais — que transformaram significativamente nossas formas de viver e, fundamentalmente, de morrer.

Para o que se segue, destaco, de antemão, a importância da teoria eliasiana do processo civilizador enquanto processo histórico “por excelência” na moldagem sociogênica da imagem da morte que impera nas sociedades ocidentais nos últimos séculos. Isto significa dizer que tal processo é fundamental para compreendermos as condições de possibilidade da gênese histórica tanto da “morte moderna” — modelo de morte posterior ao morrer bem administrado medieval — quanto da “morte contemporânea”, a modalidade de gestão da morte praticada pelo próprio DMD. De agora em diante, resgato as contribuições do livro *A solidão dos moribundos* (2001), de Elias.

Para Elias (Ibid.), uma das mais fundamentais características do processo civilizador em seu contato com a economia psíquica e afetiva humana foi regular, de maneira cada vez mais inescapável e equilibrada, tudo aquilo considerado como um *perigo biossocial* à vida comunitária, como o nascimento, a sexualidade e a morte – tudo aquilo que estivesse associado, numa palavra, aos “aspectos elementares e animais da vida humana”. Essa regulação, realizada tanto pelas regras sociais quanto pela consciência individual – como vimos, civilizar-se é interiorizar controles sociais sob a forma de autocontrole psíquico –, se deu, sobretudo, na associação da morte à sentimentos de vergonha, repugnância e embaraço.⁴³

⁴³ Isto acontece porque, segundo Elias, o processo civilizador opera na transformação do limiar de *sensibilidade* individual, de modo a modificar sobremaneira o que se pode chamar de uma “economia das emoções”. É

No curso desse processo, velhos e moribundos tiveram suas imagens e valores modificados e, à proporção que a morte foi "empurrada mais e mais para os bastidores da vida social" (Ibid., p. 19), foram afastados de maneira *asséptica* do tecido social e de suas relações interpessoais. A partir desse contexto, a experiência social de envelhecer e morrer passou a ser enfrentada como uma jornada cada vez mais solitária, isolada e *selvagem*, e a morte, cada vez mais distante da vida social normal, menos visível, pouco presente na vida cotidiana. Como mostra Elias, os significados milenares tradicionalmente atribuídos a fenômenos como a morte passaram por um processo (não planejado e não ordenado) de recalçamento e banimento⁴⁴ da vida social normal e, à medida que se tornaram vergonhosos e embaraçosos, materializaram-se sob a forma da "dificuldade" em *identificar-se* com os velhos e moribundos (2001, p. 8)⁴⁵.

Desse modo, no curso desse processo de longa duração, a imagem do fim da vida modificou-se significativamente. O medo social da morte, que aparece nesse processo de transformação da cognição e sensibilidade individual, instila nas pessoas sentimentos de embaraço e constrangimento diante de moribundos, ou a relutância em falar na morte diante da presença de crianças. O limiar de embaraço e escala social de valores surgidos com o processo civilizador torna desconfortante a experiência de entrar em contato com um moribundo, ou mesmo de estar em sua presença. O embaraço ocasionado pela presença de um morredição, seus odores, excrementos e sofrimentos é tanto que chega a bloquear as palavras: "a gama de palavras disponíveis para uso nessas ocasiões é relativamente exígua" (p. 31). Existe uma reticência, uma falta de espontaneidade na expressão de sentimentos de simpatia que, apesar de não serem exclusivas aos moribundos, é especialmente visível na experiência de morrer.

Para tratar desses fenômenos, Elias fala numa "conspiração do silêncio" que se acercou da morte e de tudo relativo a ela nas sociedades modernas. A noção de um "banimento" ou de

transformando nossa cognição e sensibilidade individuais frente à fenômenos como a morte que processos civilizatórios agem diretamente na moldagem sociogênica de comportamentos aceitos e legitimados ante ao fenômeno, como na "morte moderna", como veremos.

⁴⁴ A noção de *banimento* tem um duplo sentido: por um lado, pode estar relacionada ao declínio/decadência das arenas de gladiadores, dos suplícios e do esquartejamento, dos duelos, em suma, declínio da morte enquanto cerimônia pública, banida, portanto, para ambientes privados e fechados – isto é, a privatização da experiência de morrer; por outro lado, pode estar relacionada ao banimento *simbólico*, que significa associação da morte à representações negativas, pejorativas, depreciativas, vilipendiosas. É quando se torna vergonhoso, repugnante e embaraçoso falar sobre o morrer, ou identificar-se com os moribundos; é quando nasce o "tabu da morte", a economia psíquica-pulsional do luto, sua proibição. É neste último sentido que tanto Elias quanto a maior parte da literatura sociológica sobre o morrer fala em "banimento da morte".

⁴⁵ A identificação com aqueles que estão prestes a morrer é, contudo, bem maior nas sociedades modernas que na antiga sociedade romana, por exemplo. Como Elias faz perceber, o banimento do suplício, do esquartejamento em público e das arenas de gladiadores é o signo de uma identificação mais ampla com o sofrimento e morte de outras pessoas. Na realidade, é um dos sinais que atestam o desenvolvimento de um padrão específico de sensibilidade a cujo sistema de autocontrole psíquico-pulsional caminhou no sentido da civilização do comportamento, responsável, por exemplo, pela compulsão de abafar os próprios sentimentos e suprimir as antipatias.

uma "ocultação cuidadosa" (p. 38) é fundamental para pensarmos, por exemplo, a sociogênese de um "modelo" específico ante ao morrer, surgido nas dinâmicas sócio-psíquicas instiladas pelo processo civilizador. Esse banimento nada mais é, por conseguinte, que o avanço do limiar de repugnância posto em ação com a transformação da organização societal e, assim, da estrutura de personalidade dos indivíduos. A atitude evasiva e encobridora das pessoas face aos moribundos se insere em toda sorte de proteção psíquica instituída para a supressão higiênica de associações desagradáveis. Com o processo civilizador, cumpre "empurrar esse aspecto embaraçoso da animalidade humana para tão longe quanto possível atrás das cenas da vida normal" (p. 40). Em seu curso, a percepção da morte como experiência selvagem ganha força.

Segundo Kellehear, a experiência da morte como atroz e selvagem nasceu na Idade Média, como o resultado de efeitos tanto físico-biológicos das doenças degenerativas quanto sócio-culturais da perda dos repertórios simbólicos que buscavam domar o morrer. Ali, o indivíduo estava, de certo modo, desacoplado das obrigações consuetudinárias, da crença num além-mundo ou na destinação coletiva da espécie, em suma, de cosmologias religiosas que pudessem lhe garantir a possibilidade de uma morte tranquila e boa. Porém, o que Elias deixa entrever é que a ausência cada vez maior dessas significações e cosmologias, que chamou de "garantias sobrenaturais para a boa morte ou para o além", é a expressão, na realidade, da sensação de segurança e proteção que sociedades submetidas a um nível específico do processo civilizador conseguem garantir para seus membros. A necessidade de garantias sobrenaturais contra as intempéries da vida diminui à medida que aumenta o nível de pacificação interna, quando a vida se torna mais segura, protegida e, portanto, previsível.

À medida que a teoria do processo civilizador nos ajuda a entender como "a busca de ajuda em sistemas de crenças sobrenaturais contra o perigo e a morte se tornou menos apaixonada" e "transferiu sua base para sistemas seculares de crença" (Ibid., p. 13), ela nos permite apreender, em categorias sociológicas mais precisas, o próprio processo de secularização face ao morrer e, em última análise, a emergência histórica da morte como fenômeno selvagem. Nos espaços de sociedade submetidos a outros níveis de controle psíquico-pulsional e modulação das paixões, e a níveis mais baixos de pacificação do comportamento, a tendência para a busca por proteção em sistemas religiosos, garantias para a vida, morte e para o além, são maiores. Nas sociedades pacificadas, os perigos contra a vida são mais bem antecipados e previsíveis, de modo que diminui a necessidade de "poderes protetores supra-humanos".

Em termos gerais, todas essas considerações teóricas encontram, na modalidade "moderna" de gestão da morte, um impressionante referente empírico, e é aqui que a conexão

entre civilidade e morte, e assim entre Elias e Ariès, mostra toda sua eficácia. Segundo Ariès (1977), as características mais prementes da “morte moderna” — modalidade de assistência ao moribundo praticada por instituições e agentes prestadoras de cuidados relativos à saúde, como hospitais, CTI’s, ambulatórios, clínicas médicas, instituições geriátricas — são, além de uma *hiper-medicalização* e retardamento do morrer, *o banimento cultural e simbólico da morte da vida social, o recalcamento das emoções e do luto* e, por isso, a produção de experiências de mortes violentas e indignas. À medida que aprimorou a técnica médica no combate à morte, a “morte moderna” intensificou as técnicas socialmente instituídas para o controle e domaço do morrer selvagem; por isso mesmo, se caracteriza como o modelo mais “civilizado” de administração do morrer até então observado.

A modernidade foi o palco, para Ariès, das mais profundas transformações nos costumes tradicionais ante ao morrer. Nela, o “lugar” da morte passou da residência pessoal do enfermo, do seio das relações comunitárias/familiares e suas cosmologias religiosas para o hospital moderno e seu conhecimento científico. Nesse percurso, a medicina adquiriu um caráter tecnológico e institucionalizado, orientado por um ideário “curativo” de emprego dos recursos terapêuticos, que se voltaram unicamente ao prolongamento do tempo da vida. Ali dentro, argumenta Ariès, o crescente poder institucional do médico hospitalar e a consequente perda de poder decisório do morredio começaram a denotar à experiência de morrer solidão, perda de sentido, degradação e mais sofrimento. Em virtude do *ethos* profissional e da “deontologia médica” então emergentes, a morte de um paciente começou a ser vista como um fracasso profissional, e gradualmente se começou a investir recursos médicos e tecnológicos *contra* o morrer.

A partir desse modelo, cujo “paternalismo” na relação médico-paciente é marca registrada, a gestão “sócio-médica” da morte na modernidade — na qual o termo “sócio” refere-se à tabuização simbólica e cultural do morrer, associado a sentimentos negativos e indesejados, como vimos com Elias —, passou a ser considerada como produtora de assujeitamento, objetificação e despersonalização do doente. Para Ariès, a modernidade engendrou um contexto de gestão do fim da vida em que o moribundo foi “desapropriado” da sua própria morte (ARIÈS, 1977). Para ele, a expressão disto estaria na prática de ocultar ao doente “a gravidade de seu estado” (p. 53), no “ocultamento da verdade”, isto é, o desejo de poupar o enfermo da sua provaço. O processo de escamoteamento do morrer das suas antigas significações e tradiçoões⁴⁶,

⁴⁶ Ariès destaca que as sensibilidades e significações modernas da morte começaram primeiro na América do Norte, estendendo-se a Inglaterra, países Baixos e Europa Industrial para, depois, atingir a França e Itália (p. 53). As atitudes modernas face ao morrer acompanharam o progresso da industrialização e do setor terciário.

iniciado com a experiência atroz de morte dos estratos altos da Idade Média, tem, no ocultamento da verdade e na mentira ao moribundo, sua “versão” moderna. Gradualmente, afirma Ariès, este processo subiu de escala: a morte passou a ser ocultada não apenas do morredio, mas de toda a comunidade e, posteriormente, de toda a sociedade.

Para Ariès, foi o desejo de evitar a “perturbação e a emoção excessivamente fortes causadas pela fealdade da agonia e pela simples presença da morte (...)” que fez emergir a prática de ocultar ao moribundo sua morte iminente. É nesse contexto que a medicina, face ao moribundo, começou a idealizar e exigir uma “morte aceitável”, um “*acceptable style of facing death*”, ou um “*acceptable style of living while dying*” tolerada pelos sobreviventes (Ibid.). Deve-se evitar a todo custo uma “*embarrassingly graceless dying*”, aquela morte que embaraça porque desencadeia emoções muito fortes, “e é a emoção o que é preciso evitar, tanto no hospital quanto na sociedade de um modo geral. *Só se tem o direito à comoção em particular, ou seja, às escondidas*” (Ibid., grifos meus).

Antes de tudo, é importante que a sociedade, a vizinhança, os amigos, os colegas e as crianças se apercebam o mínimo possível de que a morte ocorreu. Se algumas formalidades são mantidas, e se uma cerimônia ainda marca a partida, devem permanecer discretas e evitar todo pretexto a uma emoção qualquer — assim, as condolências à família são agora suprimidas no final dos serviços de enterro. As manifestações aparentes de luto são condenadas e desaparecem. Não se usam mais roupas escuras, não se adota mais uma aparência diferente daquela de todos os outros dias (ARIÈS, 1977, p. 55).

De fato, na sensibilidade moderna face ao morrer, a expressão do luto tornou-se privatizada, solitária e envergonhada. O luto tornou-se mórbido, e rapidamente deve ser tratado, abreviado e apagado (p. 59). É *repugnante e embaraçoso* entregar-se às comoções e emoções desmedidas, especialmente no hospital ou em espaços públicos. É isto que leva Ariès a falar num “recalque da dor, a interdição de sua manifestação pública e a obrigação de sofrer só e às escondidas (...) (p. 55.).

A interdição da dor, o escamoteamento das antigas significações simbólicas e solidão que caracterizam a experiência de morrer são, para o historiador francês, as expressões de um “tabu da morte”, que substituiu o sexo como o principal interdito moderno ⁴⁷. Por isso, Ariès deixa entrever, de modo muito claro, que a gestão moderna da morte é uma gestão dos sentimentos, emoções e valores associados a este fenômeno nas configurações sociais e simbólicas modernas. É por isso que se oculta ao moribundo a verdade, que se transfere deste

⁴⁷ Para Ariès, uma das razões que fundamentariam essa tabuização e escamoteamento da morte e do moribundo seria “a necessidade da felicidade, o dever moral e a obrigação de contribuir para a felicidade coletiva, evitando toda causa de tristeza ou de aborrecimento, mantendo um ar de estar sempre feliz, mesmo se estamos no fundo da depressão” (1977, p. 56).

para a família as condolências e a compaixão necessárias ao consolo, que se institui a recusa do luto e se associa a morte sentimentos de vergonha, embaraço, nojo. A "expulsão da morte da vida quotidiana", expressão tão recorrentemente utilizada pela literatura crítica do morrer nos anos de 1960, busca retratar, em sentido figurado, o recalçamento e banimento da morte da vida simbólica, das representações, práticas e discursos. Como diz Ariès, "tudo se passa como se ninguém soubesse que alguém vai morrer, nem os familiares mais próximos nem o médico e nem mesmo o padre, quando então um subterfúgio permite-lhe que venha sem maiores danos" (p. 132). Esses fenômenos não parecem seguir os efeitos sócio-psíquicos instilados pelo processo civilizador, o controle civilizado das emoções e afetos, como Elias faz aparecer?

O lugar conferido ao morredigo no morrer arquetípico da modernidade é, igualmente, muito idiossincrático face à história social mais ampla do morrer humano. O moribundo passou de peça chave nos estilos de morte anteriores, em que preparava ou controlava os ritos fúnebres do seu morrer ou os co-administrava com profissionais especializados, para uma total privação de direitos, para ser tutelado como uma criança menor de idade, um ser destituído de razão, dignidade e *status* (p. 132). Especialmente nas sociedades modernas, essa experiência se reforça pela gestão da morte em ambientes hospitalares. À medida que a administração moderna do morrer transferiu suas bases para os espaços hospitalares, nos quais impera a lógica da medicalização, monitorização e racionalização do morrer, a noção de que a morte é uma experiência "sem sentido" se aprofundou. Ainda que se empregue com muita intensidade recursos terapêuticos para alívio da dor, controle dos sintomas e conforto físico, a gestão hospitalar da morte é mecânica e impessoal, privatizada e solitária.

A modernidade experimentou, assim, uma "institucionalização ostensivamente racional da morte" cujos ganhos médico-científicos se deram à custa do cuidado pessoal e subjetivo com o paciente em fim de vida. O moribundo, apesar de receber os melhores e mais avançados tratamentos médicos, é afastado de suas relações sócio-afetivas. Os contatos e proximidades afetivos são vistos, pela equipe hospitalar, como inconvenientes para o tratamento racional do paciente e para a rotina do pessoal (ELIAS, 2001, p. 98). Sobre isso, Elias afirma que "a técnica médica de hoje preserva os componentes fisiológicos individuais – coração, bexiga, rim –, mas, nunca, o da pessoa em sua totalidade (...) o cuidado com as pessoas às vezes fica muito defasado em relação ao cuidado com seus órgãos" (p.103).

Contudo, Elias não enxerga nisso apenas um *modus operandi* particular à medicina moderna. Como mostra, tal concepção da técnica, saber e prática médica é oriunda da imagem específica do *homo clausus* e do padrão prevalecente de individualização que se estabeleceu em sociedades submetidas a um estágio específico do processo civilizador, ao fazer encarar

como real e existente o autocontrole embutido em suas estruturas de personalidade. Assim, tal *modus operandi* do saber médico, no lugar de lhe ser um traço exclusivo ou mesmo “arbitrário”, segue o feixe dessas transformações na autoimagem do indivíduo moderno e seu padrão específico de individualização. Em última instância, extrapola os próprios domínios biológicos do saber medicinal e está intimamente associado aos efeitos sócio-psíquicos instilados pelo processo civilizador.

Como o processo civilizador nos ajuda a compreender as condições de possibilidade para a emergência histórica de organizações como o DMD? Em termos gerais, essa discussão em muito se aproxima das quatro características fundamentais da morte nas sociedades urbano-industriais-burguesas que, para Elias, são a “precondição da peculiaridade de sua imagem da morte” (ELIAS, 2001, p. 60).

A primeira característica é a alta expectativa de vida nesses espaços de sociedade, com pessoas vivendo por sete, oito ou nove décadas inteiras. Em decorrência disso, o perigo objetivo da morte, ou mesmo a consciência desta, *pode ser esquecido*. Como vimos, a noção de que a morte é uma realidade apenas para aquelas pessoas “em fim de vida” constituiu-se a partir de alguns fatores específicos, como a própria extensão da vida individual, a confiança relativa em sistemas seculares de crenças, a previsibilidade e segurança da vida em espaços pacificados. O fator que mais se destaca, contudo – e que Elias atesta como a segunda característica da morte nos tempos atuais –, é sua imagem como sendo “o estágio final de um processo natural”. Nas nossas sociedades atuais, considera-se normal e natural que a morte aconteça apenas no “período final da vida”, aos 70 ou 80 anos, e nunca aos 30 ou 40. Em grande medida, isso acontece porque, hoje, impera a noção de que a morte segue o fluxo de um *processo natural ordenado*, de que o morrer aconteceria por um *nexo impessoal de eventos naturais*. Entretanto, afirma Elias, essa noção de não emana de uma pretensa “racionalidade humana universal” – é “característica de um estágio específico no desenvolvimento do conhecimento e da sociedade” (Ibid., p. 55). Apenas sociedades submetidas a processos sócio-históricos específicos, como o progresso do conhecimento científico e a implementação de medidas de saúde pública e higiene pessoal, experimentam a morte como o estágio final de um processo natural.

Ora, o progresso do conhecimento científico e a elevação do padrão de higiene estão correlacionadas ao avanço não ordenado e não planejado do processo civilizador, segundo nosso autor. À medida que se desenvolveu, o processo civilizador implicou numa concepção de natureza e de suas leis inabaláveis que contribuiu para a sensação de segurança diante dos fatos naturais. Dito de outro modo, a imagem da morte como um *nexo impessoal de processos*

naturais aflorou em sociedades cujo nível de conhecimento científico significou uma concepção de natureza e dos eventos naturais como impessoais, ordenados e, portanto, *controláveis*: o conhecimento da implacabilidade dos processos naturais “é aliviado pelo conhecimento de que, dentro de certos limites, eles são controláveis” (Ibid., p. 56). É natural e impessoal porque ordenado, e é ordenado porque controlado, domado, *civilizado*.

Mais do que nunca, podemos hoje esperar — com a habilidade dos médicos, a dieta e os remédios — o adiamento da morte. Nunca antes na história da humanidade os métodos mais ou menos científicos de prolongar a vida foram discutidos de maneira tão incessante em toda a sociedade como em nossos dias (...) A constatação de que a morte é inevitável está encoberta pelo empenho em adiá-la mais e mais com a ajuda da medicina e da previdência, e pela esperança de que isso talvez funcione (ELIAS, 2001, p. 56).

Assim, sociedades submetidas a um estágio específico do processo civilizador projetam uma sensação de segurança e previsibilidade diante de fenômenos como a morte porque, em suma, ela se tornou controlável, adiável e, em última instância, civilizada. Em outro texto seu acerca do processo social de envelhecer e morrer⁴⁸, Elias mostra que, em sociedades de considerável estoque social de conhecimento sobre eventos biológicos humanos – como a morte –, explicações fantasiosas e emotivas para fenômenos dessa natureza são menos frequentes, ou pelo menos não se confundem com o conhecimento público factual.⁴⁹ Para ele, a expansão desse conhecimento factual em contraste com o conhecimento fantasioso significa, a fundo, o aumento do controle dos acontecimentos que podem ser perigosos e ameaçadores às pessoas, tal qual a morte: “o avanço do conhecimento mais realista nessas áreas significa (...) possibilidades de seu controle pela humanidade” (Ibid.). Como nunca visto na história societal, métodos científicos para prolongamento da vida e retardamento da morte são discutidos com maior intensidade e desejados socialmente na modernidade. Uma vez mais: porque a morte, através de dispositivos específicos — como a medicalização — tornara-se controlável e, assim, civilizada.

A terceira característica, segundo Elias, diz respeito à precondição para que essa noção mesma de morte como um processo natural possa ter emergido: o grau relativamente alto de pacificação interna dessas sociedades, constituído a partir de um longo processo em que o Estado adquiriu para si o monopólio legítimo da violência física. Para o autor alemão, a

⁴⁸ Cf. ELIAS, N. *Envelhecer e morrer*. In: **A solidão dos moribundos**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2001.

⁴⁹ Elias considera equivocado entender esse recuo das explicações fantasiosas, esse “desencantamento do mundo” em benefício das explicações científicas, de processo de “racionalização”. Como mostra, este termo parece implicar que foi a razão humana que mudou, ou que as pessoas se tornaram mais racionais, mais sensatas. Na realidade, ele afirma, a mudança que o conceito de racionalização faz aparecer refere-se ao aumento do conhecimento social orientado para os fatos, conhecimento capaz de conferir uma sensação de segurança (p. 89).

pacificação interna instilou uma imagem muito específica sobre o morrer: um processo pacífico e natural, decorrente de doença ou velhice, e nunca de forma violenta, criminosa, excepcional. Em sociedades cujo grau relativo de pacificação interna é menor e a violência física é recurso frequente nas relações humanas, a imagem que se tem da morte e as atitudes associadas a ela são completamente diferentes. A morte por duelo, por ataque físico, em batalhas ou guerras, é algo peculiar da experiência social e muito presente no cotidiano da vida nesses espaços. Aqui, alega Elias, “a expectativa de morrer na cama é excepcional” (Ibid., p. 59), e, morrer em situações que são hoje consideradas extremas, criminosas e violentas, o normal da vida social.

Aqui também vemos em que medida estruturas de personalidade e concepções a ela relacionadas, inclusive a imagem da morte, concepções que em nossa própria sociedade tendemos a tomar como certas e talvez a imaginar como características humanas universais, são na realidade influenciadas por peculiaridades da estrutura social que se cristalizaram gradualmente no curso de um longo processo social (ELIAS, 2001, p. 59).

Por conseguinte, Elias lança mão das “condições de possibilidade” da imagem da morte que impera hoje nas sociedades contemporâneas, qual seja, a morte pacífica, tranquila e no período final da vida. De fato, tais condições nasceram de “peculiaridades da estrutura social que se cristalizaram gradualmente no curso de um longo processo social”, tal qual o “relativo domínio das paixões e a relativa exclusão da violência das relações humanas” (Ibid., p. 58), responsáveis pela pacificação interna da sociedade e, em última instância, pela transformação da imagem da morte e das atitudes associadas a ela.

Desse ponto de vista, grande parte do ideário de morte das organizações sociais para o morrer, tanto aquelas voltadas à defesa e promoção dos cuidados paliativos como aquelas voltadas à defesa da morte assistida, está como que balizado por processos histórico-sociais desta natureza, processos levados a cabo pelos efeitos sócio-psíquicos instilados pelo processo civilizador. Apenas com o avanço da pacificação social, com a instituição de complexas estruturas de normas sociais e barreiras civilizadoras sob a forma de barreiras de vergonha e embaraço é que se passou a imaginar, pensar e desejar uma morte “natural”, pacífica, tranquila num leito de morte. Elias faz, aqui, a psicogênese desse ideário a partir da sociogênese de processos estruturais que se desenvolveram no curso de uma “longa duração”. Mesmo que indiretamente, Elias respondeu uma parte da pergunta que se questiona acerca das condições de possibilidade de nascimento de organizações tal qual o DMD, para a qual a morte é um problema moral.

A quarta e última característica, para Elias, relaciona-se ao alto grau e padrão específico de individualização que impera, hoje, nas sociedades contemporâneas: o *homo clausus*.

Segundo Elias, essa é a autoimagem do indivíduo predominante nas sociedades de hoje: pessoas que se veem como seres fundamentalmente independentes, sujeitos isolados, em relação aos quais o mundo inteiro, especialmente as outras pessoas, representa o "mundo externo", em contraposição ao qual situa-se o seu “mundo interno”. Ambos estão separados como que por um muro invisível (2001, p. 61). É importante entender que esse padrão de autoimagem está ligado a um estágio recente da civilização, e não se trata de um dado universal. Com efeito, a esse modo específico de experimentar a si mesmo está ligado um modo específico de experimentar a própria morte.

A esta concepção de si como um *homo clausus*, um sujeito enclausurado cujo “mundo interior” está clivado do “mundo exterior”, segue-se uma concepção acerca do “sentido” — da vida ou da morte — como igualmente individual, particular de cada qual. A categoria “sentido” também é determinada por essa imagem do *homo clausus*, e reproduz o modo predominante de experimentar a si mesmo no estágio de civilização: a busca pelo sentido como a busca por um sentido individual. Acredita-se que “a vida de um ser fundamentalmente isolado e hermeticamente segregado do mundo (...) deva ter um sentido, e talvez mesmo um sentido predeterminado, apenas em si e para si mesma” (p. 62).

Como essa imagem “autocentrada” da categoria sentido aparece, por exemplo, na organização objeto da presente pesquisa? Dito de modo direito, é a crença individual numa “perda de sentido da vida” que justifica, em larga medida, discursos de adesão à “boa morte”. É o que aparece, por exemplo, no texto do sócio do DMD Crisanto Santamarina Zapico:

(...) dilucidar el sentido de la vida corresponde sólo y únicamente a la persona consciente, sin mediaciones de ningún tipo, salvo las que libremente determine dicha persona” (...) la muerte digna es la muerte decidida cuando las energías vitales ya no son capaces de dar sentido a la existencia de una determinada persona a juicio de dicha persona y por tanto intransferible. Esas decisiones se agotan en sí mismas, no sirven de modelo para nadie. Pero bien harían los poderes públicos en reconocer este derecho fundamental a todo ciudadano/a libre, inmanente a su condición de tal, ante el cual nada tienen que objetar los mundos antes señalados (Boletín 50, 2006, p. 6).

Ora, quem confere sentido à existência individual são as “energias vitais” que permitem a concretização dos desejos, sonhos e objetivos, numa palavra, do “projeto vital” de um dado indivíduo. Acontece que, quando tais “energias vitais” cessam de fornecer esse afluxo vital, a vida se torna “sem sentido” — destaque, de antemão, que este posicionamento acima descrito não é uma exceção. Entre vários documentos analisados, aparece como um dos principais meios de justificar e legitimar o direito à morte voluntária: a “morte digna” como a saída “digna” para uma vida “indigna”, isto é, que “perdeu o sentido” de acordo com o juízo que o paciente faz de

si mesmo. Para não nos alongarmos nessa discussão, trouxe o exemplo acima à título de ilustração. Toda essa noção será retomada no estudo do processo de adesão a valores no morrer.

Desse modo, é compreensível que as pessoas se queixem do quanto a morte, e experiências de morte, são sem “sentido”. O morrer moderno torna-se “sem sentido” pois, tomando como base a imagem atual do *homo clausus*, buscam em suas vidas, através de sua própria pessoa, o “sentido da vida” e, fundamentalmente, o “sentido da morte”. Como não o encontram — pois sua constituição depende de experiências sócio-psíquicas compartilhadas, significados intersubjetivos compartilhados que dão à vida individual um sentido de realização —, julgam tanto a vida quanto a morte “sem sentido”. Vida e morte “sem sentido” são o reflexo do padrão de individualização prevalente no estágio atual de civilização.

Como é perceptível, é na modalidade moderna de gestão da morte que essa concepção privatizada de sentido pode conduzir a experiências de fim de vida “destituídas de sentido”. De fato, segundo Elias, a gestão da morte em ambientes hospitalares reforça essa experiência. É por isso que o problema da relação das pessoas com os moribundos assume uma forma especial para as organizações sociais para o morrer: porque, nas sociedades industriais, o processo de morrer está isolado da vida social normal. Organizações como o DMD consideram a “privatização” da experiência da morte é um entrave à morte digna.

Para finalizar, como os processos de secularização e civilização, acima discutidos, nos ajudam a compreender o movimento de transformação do “sentido” e “imagem” da morte, que passou de solenidade/experiência coletiva e religiosa para individual e solitária, e as “condições de aparecimento” da noção de “projeto vital”, isto é, de que a vida tem um sentido que cabe ao indivíduo singular delucidar? Ambos os processos representam excelentes “chaves explicativas” para compreendermos a transformação da imagem da morte no que concerne, por exemplo, à mudança no seu “sentido” e nas técnicas e dispositivos para seu *controle* e *domesticação*.

Como vimos, no modelo camponês de “boa morte”, o morrer se mantinha domado — e assim “bom” e “tranquilo” — à medida que os repertórios simbólicos e cosmologias religiosas denotavam ao fenômeno uma significação “resignada”. Aqui, tanto o “sentido” da experiência de morrer quanto sua domaçaõ constituíam-se por meio dessas crenças e moralidade compartilhadas. Já na “morte bem administrada”, modelo arquetípico de morte das sociedades medievais, o “lugar” e “arsenal” da morte mudaram profundamente: do céu para a terra, do padre para o médico, da alma para o corpo. A partir de então, tanto o “sentido” da morte quanto sua domesticação se transformaram significativamente face ao aparecimento do “morrer selvagem”: morrer se tonara uma experiência dramática, privatizada e dependente da

administração médica profissionalizada. Se, por um lado, Kellehear destaca a importância da secularização enquanto chave analítica para apreender o aparecimento do morrer selvagem, eu destacaria, por outro, sua importância para apreendermos a gênese dessa noção mesma de “sentido individual da vida ou da morte”, tanto quanto a mudança no padrão de controle da experiência de morrer.

De que modo? Ora, à medida que a busca pelo sentido da vida, ou da experiência de morrer, não se deve mais ancorar nas cosmologias religiosas ou coletivas de apoio, que não dizem mais respeito a uma realidade extra-humana, emerge a noção que a vida e a morte têm, na realidade, um sentido humano, individual, particular, privado. Passam a dizer respeito não mais a Deus ou à comunidade, mas a mim. Gradualmente, a domesticação do morrer selvagem, outrora realizada por tais cosmologias coletivas, é transformada face ao aparecimento da noção que, tal como impera hoje, tanto o controle da vida quanto da morte é individual, que a “boa morte” depende de técnicas *individuais* para seu controle e domaçaõ. A derrocada das cosmologias religiosas que forneciam explicações “extra-humanas” para o sentido da vida significou, igualmente, a ascensão da noção que o significado da vida diz respeito apenas ao indivíduo em particular. Em última instância, significou a ascensão da noção mesma de “projeto vital” compartilhada pelo DMD.

CAPÍTULO 4

A MORTE DIGNA E SEU APARATO MORAL: CIVILIDADE NO MORRER

Para sociedades de eutanásia mundo afora, como o DMD, o propósito de existência ou princípio de legitimação/justificação de sua atuação é, no geral, o enfrentamento das formas vexaminosas, indecorosas ou indignas de morte. Como já deixei claro, o fazem pela construção e difusão de uma “*pedagogía de la buena muerte*”. Para o a organização, a predominância de mortes ruins ou indesejadas sobre as mortes tidas como boas ou dignas diz respeito à qualidade do morrer em espaços institucionalizados e medicalizados, como os hospitais e UTI’s: o ideário “moderno” de morte, à medida que desconsidera a liberdade, dignidade e *status* do paciente terminal, é o grande “vilão” solapador da morte digna idealizada pelo DMD, ao mesmo tempo que o grande produtor de experiências “indecorosas” e “vexaminosas” de morrer.

Como relatam, a assistência à fase final da vida em tais lugares é inadequada e insuficiente pois não é “coerente” com o processo de transformação nos valores morais sobre a morte nos tempos atuais — discutido nas páginas a seguir —, que trouxe, para o interior do processo terapêutico e do processo decisório característico da morte, novas demandas, valores

e atores sociais, que entendem a defesa do enfermo terminal enquanto compromisso moral com a “dignidade humana”. Dito de maneira distinta, o ideário “moderno” de gerenciamento e enfrentamento da morte, não condizente com a sensibilidade e direitos de pacientes terminais — como as demandas por autonomia e controle do processo decisório —, produz contextos e experiências de adoecimento e terminalidade da vida frequentemente descritas por noções que dimensionam o assujeitamento e a objetificação do paciente, em que não se há considerações a respeito da dignidade e autonomia daquele que morre.

Como entender adequadamente as noções compartilhadas pelo grupo acerca de uma morte “vexaminosa”, “indecorosa” ou simplesmente “ruim”? É disto que o presente tópico se ocupa. A resposta a essa pergunta é fundamental por duas razões: em primeiro lugar, estudar a construção moralmente orientada da morte ruim e indesejada representa a melhor via de acesso àquilo que é, numa palavra, desagradável, moralmente condenável, *em oposição ao qual se erige toda uma moralidade da boa morte e sua implementação prática sob a forma de uma “pedagogia”*. Estudar aquilo que é ruim e desagradável e, com isso, aquilo que *falta*, que inexiste — isto é, as *ausências* e as *lacunas* —, representa uma excelente chave de acesso aquilo que ela *necessita* ter para ser tornar “digna”. Assim, o que torna essa morte ruim e o que falta para torná-la boa? É isto que buscaremos perceber. Em segundo lugar, para fazermos referência aos aportes sociológicos que aqui ancoram o presente processo analítico, o estudo daquilo tido como desagradável, indecoroso e vexaminoso na experiência de morrer representa, talvez, a melhor via de acesso à percepção — socialmente produzida e moralmente ancorada — da morte como um evento “selvagem”, “dramático”, “negativo”, que necessita de uma “pedagogia da boa morte” para ser gerido e domesticado. É na percepção da morte como um evento selvagem e dependente de dispositivos específicos para seu controle e domesticação que a pesquisa apreende o processo de constituição de ideais de *civilidade* no ideário contemporâneo da morte digna.

4.1 A morte “vexaminosa”, “indecorosa” ou, numa palavra, “indigna”.

Para irmos direto ao assunto, um dos principais vetores de constituição da morte como experiência indigna se trata da dor na fase final da vida, seja ela física e sensorial, ancorada na deterioração biológica do corpo, ou íntima e espiritual, ancorada no estado afetivo/emocional daquele em processo de morte. Na realidade, a dor representa um dos grandes pilares a fundamentar a terrível e angustiante noção de *sofrimento* na etapa final da vida, que está para além da dimensão física/sensorial mais aparente do morrer e engloba os aspectos psíquicos,

afetivos, espirituais, relacionais e morais – íntimos, numa palavra – do paciente terminal. Fernando Pedrós, escritor e membro do DMD, defende, em texto intitulado “*El dolor inútil y absurdo*”, que a dor profunda na terminalidade da vida corrói a personalidade e vontade de viver do paciente:

Pero no siempre el novelista advierte que los sufrimientos pueden hacer que el enfermo no vea a la muerte desde la angustia como una feroz sino como aliada, objeto de deseo y lugar de liberación. “La ELA - dirá Daniel - ha acabado conmigo en un año. No puedo apenas moverme, comer, respirar ni hablar. Una vida así nadie debería vivirla. Nuestra inteligencia debe servirnos para decir NO al horror del lento proceso destructivo”. Y la escritora Victoria Cansinos nos dejaba escrito hace poco antes de morir: “Dolor, dolor..., dolor es mi pan, mi agua, dolor el suelo que piso y el aire que respiro”. Así cuando el presente y el futuro están llenos de padecimientos, privaciones, dolor, dolor, dolor en sus mil formas, entonces el individuo tiene derecho a irse dignamente.

Como Pedrós deixa entrever, a dor, além de ocupar a posição de um atroz, impiedoso e irrefreável inimigo, desempenha o papel de um verdadeiro *Leitmotiv* a fundamentar a adesão moral à morte voluntária, tanto quanto a justificar ou legitimar demandas por eutanásia ancoradas na percepção da insuportabilidade da dor e sofrimento desnecessário ou fútil do paciente. Em seu texto, a morte não assume mais uma conotação de fenômeno ruim, indesejado e que deve ser afastado, mas, fundamentalmente, de libertação, de liberação, de disposição da própria vida. Isto porque, relata o membro da associação, a experiência “*sin-sentido*” da dor, nas nossas sociedades atuais, não é mais ancorada pelo significado religioso que a cosmovisão cristã conferia à existência ao fenômeno e ao sofrimento na vida humana, que encontravam fundamento na remissão de pecados. Para o escritor e militante da causa eutanásica, as sociedades plurais substituíram as demandas por sentidos religiosos na dor pelas demandas por autonomia na morte, para, dispondo da vida, “*autoliberarse*”.

Entretanto, mortes podem ser avaliadas como ruins e vexaminosas mesmo quando há o controle sintomatológico, o conforto físico mediante sedação paliativa. Por que? Em suma, porque o sofrimento na experiência de morrer possui significações que estão para além daquelas usualmente assumidas no tratamento terapêutico: o desaparecimento de uma identidade e rompimento de um conjunto de relações interpessoais, sentimentos quanto à perda da “utilidade”, ou da razão de viver, bem como ser considerado um “fardo”. Isto acontece porque, fundamentalmente, o sofrimento e a dor, ainda que experimentados na carne, no corpo, estão fortemente ligados à sensação de perda da dignidade humana e do sentido da vida. Pedrós correlaciona moralidade e sofrimento ao falar sobre como as mortes, à medida que atravessadas pela experiência da dor, despertam sentimentos de perda da dignidade humana e menor valor moral da vida em tais condições (Revista 57, p. 17):

(...) “en las peticiones de liberación de la vida – que no es ya vida con sentido –, mucho más que el dolor físico cuenta el sentimiento de sufrimiento espiritual y en el fondo de este sufrimiento la conciencia de haber perdido la dignidad humana y, aunque se le hayan aplacado los dolores físicos, puede haber un deseo de autoliberación” (Revista 57, p. 17).

Poco a poco el dolor físico – extremoso en intensidad y que un día pudo ser coyuntural, por tiempos, pero que ya se ha convertido en constante y connatural – va minando la voluntad del enfermo y dando paso a otro tipo de dolor, más devastador, el sufrimiento, el dolor espiritual. Más todavía, si los médicos en su falta de sensibilidad e incluso en su deshumanización solo objetivan el estado de la patología y marginan insensiblemente el estado anímico del enfermo y si, cuando este cuestiona algo, sus preguntas resbalan y el paciente solo recibe el silencio o palabras que encubren la realidad, el paciente acaba teniendo la conciencia de que es un trasto marginado con un fin: padecer, sufrir.

‘esta vida ya no es vida, no es una vida digna de ser vivida’. Lleva viviendo el enfermo meses o años de un proceso ineluctable de caída, y con el transfondo de unos dolores o circunstancias inasumibles vive agudamente el empeoramiento y la degradación, la resonancia y las consecuencias en el entorno de su enfermedad, la pérdida de fuerzas anímicas, depresión, percepción del sin-sentido en la vivencia de degeneración orgánica, de irreversibilidad y terminalidad.

Aqui, o principal a se reter é sobre como a incidência das doenças degenerativas e da dor na vida e corpo do paciente despertam neste, além das queixas médicas, físicas e corporais, outras de ordem subjetiva e moral. Na realidade, são estas últimas que vêm ao primeiro plano. Como Pedrós faz aparecer na segunda citação, é na passagem da dor sensorial para a dor espiritual, associada ao aspecto emocional e subjetivo do sofrimento e, em última instância, atravessado por noções de moralidade, que reside a origem da experiência de perda de sentido da vida e da dignidade humana, bem como da vontade de morrer: “*La cultura sanitaria por lo general está lastrada de inconsciencia, cuando no de falta de sensibilidad humana para detectar y valorar el dolor ajeno y su incidencia en la subjetividad del enfermo que vive fases de soledad, desconsuelo, desamparo...*” (p. 17). Por que, ao agir sobre a deterioração orgânica do corpo e controlar os sintomas degradantes, há, ainda assim, sentimentos quanto à perda da dignidade humana? Em quais referentes empíricos essa noção de dignidade se ancora?

Com tais perguntas, meu intuito é introduzir o debate, ensaiado ao longo da dissertação, que se debruça sobre a relação entre a morte e a moralidade específica elaborada pelo DMD para tratar do assunto. *Mortes boas podem se converter em experiências indignas e indecorosas mesmo diante da intervenção médica para controlar a dor e o sofrimento*: é que sua qualidade passou a ser avaliada, nas nossas sociedades contemporâneas, não tanto pelo arsenal terapêutico investido no retardamento do morrer, mas um outro arsenal, por sua vez axiológico e moral, para o qual o sofrimento humano é uma experiência subjetiva por excelência, cuja intensidade varia de acordo não apenas com a maior ou menor modulação dos sintomas, mas dos valores,

isto é, o respeito ou desrespeito aos valores e noções de moralidade tidos como sagrados e fundamentais à construção, em igual medida, seja da vida digna, seja de uma morte digna.

Com a leitura atenta dos dados empíricos oferecidos pelo DMD, fica evidente, contudo, as várias e multifacetadas formas ou expressões de uma “morte indigna” — aqui me baseio, acima de tudo, num olhar analítico dirigido aos discursos que visam o *enfrentamento* dessas formas de morte. De maneira geral, são três os “núcleos de sentido” da noção de morte indecorosa ou vergonhosa no DMD: a) experiência decorrente da má administração dos recursos médicos e do “arsenal terapêutico” investido no retardamento da morte natural; b) experiência típica de sociedades que instituíram certo “tabu da morte”, e toda a produção de significações simbólicas, valores e sentimentos negativos sobre a morte e o morrer, bem como sobre os moribundos; c) experiência carente do “aparato moral” da boa morte, aqui chamado de “pedagogia do bom morrer”, isto é, carente dos ideais de dignidade ou civilidade que a tornam “boa” ou “desejável”. Para os fins da pesquisa, seu recorte e problematização teórica, apenas este último aspecto, *a morte indecorosa pela ausência de ideais de civilidade*, é que será detalhadamente discutido.

Como já afirmei, a morte vexaminosa, para o DMD, é fruto direto não apenas da sintomatologia degradante de doenças como o câncer e o AVC, mas, principalmente, do modelo predominante de assistência à saúde nas nossas sociedades atuais, pouco condescendente com os valores, direitos e dignidade do paciente terminal. Indo direto ao assunto, para os membros do DMD, é prática corriqueira no ideário moderno a hipermedicalização da última etapa da vida e a produção da “distanásia”, isto é, o prolongamento medicamentoso e exagerado da agonia, sofrimento e morte do paciente (PESSINI, 2007), sem esperança de cura ou melhora visíveis. Para os membros do DMD, o vasto desenvolvimento biotecnológico na assistência à saúde é frequentemente retratado como avanços que se deram às custas da preocupação com o paciente em sua totalidade e complexidade (como pontuou Elias, visto acima), sua personalidade, desejos e valores. Fernando Marín, hoje vice-diretor da organização, escreveu anos atrás algumas palavras sobre essa questão:

*El sufrimiento es una **vivencia que afecta al ser humano en su totalidad** (“no es mi pierna la que se duele, soy yo, en todo mi ser, el que sufre”), una experiencia que no se puede controlar en todas sus variables, pero que se puede modular interviniendo sobre algunas de ellas (sufrimiento evitable), como algunos síntomas de enfermedad, **el temor a la pérdida de control o a que no se respete su voluntad en el final de su vida** (Revista de DMD n.º 52, 2008, p. 24, grifos meus).*

Con frecuencia los familiares que optan por un planteamiento paliativo (dejar que la naturaleza siga su curso anteponiendo el confort a la supervivencia), cuando rechazan la alimentación- hidratación forzada (jeringa) o artificial (sonda o suero), encuentran dificultades para que se comprenda y se respete su voluntad, llegando

*incluso a verse sometidos a coacciones (“vosotros lo que queréis es quitaros a vuestra madre/padre de encima”) que son profesionalmente intolerables. Además de la pena por el deterioro de un ser querido, **tienen que padecer un sufrimiento extra causado por la incompetencia técnica y ética de un equipo asistencial que antepone creencias personales a objetivos profesionales**, haciéndoles sentir culpables por desear que una persona con una enfermedad grave e irreversible, a la que ellos quieren y conocen más que nadie, tenga la oportunidad de morir en paz (Revista de DMD, n.º 53, p. 59, 2009, grifos meus).*

Por que a intervenção terapêutica, controle dos sintomas e retardamento da morte geram condições descritas como “indignas”? No depoimento de Marín, o sofrimento na morte aparece diretamente atrelado a questões que transcendem o domínio físico-biológico do fenômeno e relacionam-se à moralidade por trás das condutas de assistência à saúde, já que se é possível “*modular interveniendo sobre algunas de ellas*” (os sintomas), isto é, *domar* intervindo de uma maneira específica. Ambas as citações fazem aparecer que, para a organização, é indigno seja a “perda de controle” no processo da morte, seja a prática de antepor crenças privadas da equipe hospitalar ao esforço terapêutico, que também deve englobar as vontades do paciente terminal. Em ambas as críticas, figura em segundo plano, na realidade, o sentimento de indignação frente ao não respeito pela “*voluntad en el final de la vida*”, ou seja, frente ao paternalismo na relação médico-paciente. Antepor crenças subjetivas e privadas face à autonomia do paciente terminal é retirar deste o controle do processo decisório necessário à construção da boa morte e característico da morte “contemporânea”, e é precisamente isto que é visto como indigno: a não possibilidade do *control*, pelo paciente, do processo terapêutico e instantes finais da vida.

Segundo membros do DMD críticos ferrenhos do modelo, a implementação prática da “morte moderna”, ancorada numa espécie “totalitarismo médico” e no “despotismo técnico ilustrado”, se deu à custa de um “reducionismo biotecnológico” do doente e de uma noção de ser humano como mera “estrutura biopatológica”. É o caso, por exemplo, de Inmaculada Echevarría Ramirez, portadora de Distrofia Muscular Progressiva, cujo falecimento no ano de 2007 mobilizou debates em toda sociedade civil e, principalmente, demandou do DMD uma vasta atuação pública em sua defesa:

*Vivo en una cama de hospital, año tras año, sin moverme, sin salir de la habitación...llevo una vida de gran soledad, vacío y silencio; dependo de la atención y contacto de quien se acerca a mi cama, el trato es frío y emocionalmente lejano (...) No me comunico con nadie, nadie sabe de mi angustia o de la opresión que siento, tampoco de mis deseos o necesidades...**ES INHUMANO VIVIR ASÍ**, para mí la vida no tiene más sentido que el dolor y la angustia de ver que amanece un nuevo día para sufrir y esperar que alguien escuche, entienda y acabe con esta agonía.*

*Hace 9 años, cuando la musculatura de mi caja torácica deja de funcionar y ante el peligro de muerte a corto plazo, el equipo médico que en esos momentos me atendía, **EN CONTRA DE MI VOLUNTAD**, decide realizar una traqueotomía y engancharme de por vida a un ventilador mecánico que respira por mí y del que dependo para vivir; Asumo mi enfermedad pero no los métodos artificiales de*

alargarla de manera inútil aumento el dolor y desesperación que ya sufría y esperaba acabara con la muerte natural. Hace poco he conocido que podría solicitar al equipo que me atiende que me desconecten la máquina de ventilación mecánica y ellos deberían acceder a mi petición, pero temo una muerte angustiosa y cruel. Mi situación es difícil y dura (Revista de DMD, n.º 51, p. 58, 2007).

Desde los 11 años sufro una pérdida progresiva de movilidad que ha originado mi dependencia para todas las actividades básicas de la vida diaria (vestirme, caminar, ir al servicio, etc.) y consiguiente encamamiento desde los 30 años, así como el uso de respiración artificial (ventilación mecánica a través de traqueostomía) para mantenerme con vida desde hace 9 años. Mi situación no sólo es irreversible, sino que además irá empeorando paulatinamente durante los próximos meses o años (Revista de DMD, n.º 51, p. 62, 2007).

No depoimento de Inmaculada, a morte como uma experiência “indigna” possui três conotações primordiais: a primeira, tem uma conexão estrita com a fragilidade da sua saúde, com a vulnerabilidade que a degeneração física do corpo pela doença acarretou e o modo de enfrentamento dessa situação pela assistência médica predominante na Espanha. A *incapacidade física pela degradação da saúde* é o que leva Inmaculada a relatar como sua experiência de vida é marcada pelo silêncio, vazio e solidão, ao mesmo tempo que a desconsideração e desrespeito pela sua vontade e desejos, provocadas pelo uso imoderado das chamadas “tecnologias de suporta à vida”, como a respiração artificial, é o que torna sua situação “difícil, dura, angustiosa e cruel”.

O segundo sentido diz respeito ao *tratamento frio e pouco condescendente* das pessoas que estão ao seu redor, seja profissionais de saúde ou familiares. Aqui, a morte como coisa “selvagem” diz respeito ao distanciamento emocional e barreiras substanciais ao apoio e à estima em direção a pessoas fisicamente incapacitadas ou moribundas. Para fazer um rápido paralelo com Elias, este autor nos diz que uma das principais características que define a experiência de envelhecer e morrer na modernidade é, precisamente, os altos índices de solidão, isolamento e distanciamento sócio-afetivo que padecem os moribundos. Por que? Para Elias, isto seria expressão da nossa dificuldade em identificarmo-nos com velhos e moribundos e signo do “bloqueio social das emoções” posto em curso com o processo civilizador (2001).

O terceiro sentido captado em “segundo plano” no depoimento de Inmaculada refere-se à *dependência e incapacidade em termos de ausências de ideais de autonomia e autogoverno em sua vida*. Isso se expressa logo no início dos trechos selecionados, nos quais Inmaculada elabora um juízo negativo sobre sua experiência de vida equiparando o sofrimento físico ocasionado pela doença ao sofrimento moral de não poder agir de forma independente. A inexistência da capacidade de autogovernar-se, seja frente às atividades básicas do dia a dia, seja face aos ideais de produtividade e autorrealização individual, compõem, junto ao

debilitamento físico, a percepção da perda de sentido da vida, da noção de que não vale a mais a pena, sob a condição de se produzir mais sofrimento, continuar sobrevivendo.

Em termos sociológicos, o depoimento de Inmaculada é muito profícuo para percebermos que, talvez, a eutanásia possa ser uma resposta a um vínculo social fragmentário, como pensou Seale (apud KELLEHEAR, 2016). A bem-vinda observação deste autor parece seguir o mesmo fio argumentativo de Kellehear, para quem a experiência cosmopolita de morrer — como refere-se aos nossos tempos atuais — seria marcada por uma *erosão do apoio ao morrer*, isto é, o escasso apoio, estima e consideração em direção àqueles portadores de sinais físicos do envelhecimento e em processo de morte (KELLEHEAR, 2016, p. 386), como Inmaculada. Adiante tratarei melhor dessa questão

Um outro depoimento aqui retomado é fundamental no que concerne à percepção da morte como um fenômeno selvagem. Me refiro ao relato “*Carta a um amigo/a; a mi gente*” reproduzido na íntegra na Revista 52 do DMD, do ano de 2008, que pertence a Montse Caba, co-protagonista do documentário espanhol “*Mi muerte es mia*”. A escolha desse relato, ou de outros ora retomados a fim de ilustração, se deu pela “rentabilidade analítica” dos documentos em questão: oferecem algumas das mais profícuas “chaves de acesso” aos *núcleos de sentido* da noção de morte indigna aqui mobilizada.

Montse Caba nos relata sua experiência com o vírus da poliomielite, que já logo cedo em sua vida lhe havia feito perder os movimentos das pernas, lhe causava grande dor e perda de autonomia e vinha, ao longo dos últimos anos, lhe roubando também o controle dos braços e mãos:

*He pasado casi cinco meses viendo como mi vida estaba en manos de un cirujano, haciéndome a la idea de que entrar en quirófano era la única opción que tenía para poder salir adelante... La única opción para que mi lesión de médula dejara de avanzar e intentar con ello no perder más autonomía y mitigar el dolor que padece mi cuerpo. Cuando, en mayo, el traumatólogo me dijo que no se atrevía a operarme, fue un duro golpe..., (para qué negarlo). Mis huesos son demasiado frágiles, están demasiado deformados para exponerse a entrar en quirófano en una operación de médula, cuyos riesgos son demasiado elevados y las consecuencias casi imprevisibles. Otro duro golpe ha sido saber que el virus de la polio afectó a mis brazos... Toda mi vida manejándome con mis brazos y mis manos, en los que siempre confié dada la falta de fuerzas de mis piernas. **Actualmente, incluso a mí me parece increíble cuando en ocasiones necesito ayuda para abrir una simple botella de agua. ¿Cómo imaginarme, que el síndrome postpolio había atacado mis brazos?... Pero bien, esa es la dura realidad...**(Revista de DMD n.º 52, 2008, p. 64, grifos meus).]*

É sobre o final que vou me demorar: a repulsa sentida por Caba ao se ver dependente de ajuda mesmo para abrir uma simples garrafa de água. Esse trecho é complementado por um outro, que aparece mais à frente no depoimento: “*Me preguntan en muchas ocasiones si tengo miedo a la muerte. Mi respuesta es siempre contundente: “No tengo miedo a la muerte”. Pero sí me*

horroriza vivir según en qué condiciones”. Aqui, Caba se refere ao contexto de vida gravemente enferma por ela enfrentado, marcado pela incapacidade/fragilidade física gerada pela doença e pelo debilitamento profundo e dependência ocasionadas pelo declínio da saúde. É tanto “inacreditável” quanto “horroroso”, para ela, viver em contexto de perda da autonomia e dependência completa. Em termos comparativos, o sofrimento físico de Caba – a dor – é equiparado ao aspecto moral de sua situação, identificado pelo sentimento de “horror” frente à sua completa falta de autonomia. As semelhanças com as queixas de Inmaculada se associam no que concerne à repulsa sentidas por ambas ao se verem completamente dependentes de outros seres humanos. Essas semelhanças, contudo, não são coincidência: reproduzem o padrão de sentimento dominante em nossa economia moral, para a qual a dependência frente a outro ser humano é vista como vergonhosa. Tratarei disso abaixo.

Tal repulsa também aparece no relato de Carlos Santos, enfermo auxiliado pelo DMD em sua demanda pela morte livremente elegida. Santos fez de sua experiência de adoecimento e fim da vida palco para inúmeros debates sobre a morte assistida na sociedade espanhola de 2010:

Ante tales incertidumbres, Carlos Santos ha mostrado (...) el absurdo de la vida: cómo la existencia se trunca sin solución en cierto momento. Ante la expectativa de dolores y, sobre todo, de pérdida de autonomía (no podía dominar ni los esfínteres por un quiste radicular entre las vertebrae S2 y S3 y carecía de ayuda familiar), ha decidido libremente quitarse la vida. En cierto modo, ha ganado la batalla a la muerte. Los pensadores, antes, se decían que tenemos un ámbito que dominamos – el cultivo intelectual, la amistad, la participación política, la familia,...–, y existe otro indisponible o incontrolable – la enfermedad, la muerte, el amor, la fortuna económica, hasta cierto punto...–. Carlos Santos há deseado controlar lo incontrolable y lo logró.

Pero, sobre todo, poseía el coraje necesario para anticiparse a la indignidad a la que nos somete la enfermedad y la muerte aplazada. Ha sido libre. En vez de quejarse, há visto la ventana abierta, como aconseja Epicteto, para salir con un coctel mortal. Ha vigilado que su vida acabara siendo a su hechura en vez de a manos de la fatalidad. Ha sido, plenamente, libre.

Aliviaron su soledad. Ha querido abrir un debate sobre la muerte voluntaria cuando la vida ya es indigna. Se negó a vivir miserablemente. Con sabia resolución, se empeñó en darse una forma de vida libre (56, p. 27, grifos meus)

Nesse depoimento, o sentimento de “absurdo” da vida e “indignidade” nascem frente à existência da dor e da perda de autonomia do doente, que ancoravam a percepção da “miserabilidade” da vida. Aqui, começa a ficar claro que, para os militantes pró-eutanásia, sentimentos quanto à perda da dignidade possuem dois referentes primordiais: a dependência/debilidade para a concretização da vida autêntica e a deterioração física do corpo, constituída como repulsiva. Outro aspecto também relevante aparece ao final do primeiro trecho e em todos os outros dois: as demandas pela morte voluntária como desejo de ser livre, de

“*libremente quitarse la vida*”, e a correlação entre liberdade e controle: “*Carlos Santos há deseado controlar lo incontrolable y lo logro*”. Sua morte caracteriza tipicamente a eutanásia em sua faceta contemporânea, para a qual o morrer é, antes de um mero desejo mórbido, uma questão de “disponibilidade da vida” e exercício da liberdade e autonomia da pessoa humana. Santos foi “*plenamente libre*” somente e enquanto exerceu seu controle, e teve uma “morte digna” somente e enquanto o fim da sua vida acabou sendo de sua própria criação, e não a fatalidade indigna que a doença ou morte retardada o levariam.

Com o depoimento de Carlos, começa a ficar claro que, para as sociedades de eutanásia em geral e para o DMD em particular, a morte assistida pode se constituir como uma estratégia de “controle”, espécie de projeto – individualmente elaborado e moralmente ancorado – que busca retomar ao indivíduo a precedência do controle diante do processo decisório característico da vida e da morte. Mas, o que se busca controlar? Como o próprio Carlos deixa entrever, o desejo pelo controle nasce como forma de se antepor, se precaver, numa palavra, se adiantar “*a la indignidad a la que nos somete la enfermedad y la muerte aplazada*”. As demandas por controle do processo terapêutico e da morte nascem precisamente quando o indivíduo, incapacitado pela dor crônica e despossuído de autonomia e soberania em sua vida, perde o controle de si, do seu corpo e dos ideais que orientam a sua vida quando em decorrência de terríveis e avassaladoras doenças. Em outros termos, nasce pelo contato com aquilo visto como indesejado, indômito, feroz – numa palavra, *selvagem*.

Como podemos mobilizar o referencial sociológico da pesquisa de modo a esboçar uma primeira análise teórica daquilo observado no campo? Aqui, já podemos vislumbrar algumas correlações analíticas entre dados empíricos e apreensão teórica. Em suma, os trechos acima destacados são as expressões de dois fenômenos que gostaria de destacar: o primeiro deles, a) a relação predominante que membros do DMD estabelecem entre a vida plena e digna e o controle autônomo (leia-se, civilizado) do corpo, ao mesmo tempo que b) signatário da sensibilidade predominante face ao corpóreo e ao fisiológico presente na gramática moral da organização. Enquanto que, para Caba, é “inacreditável” e “horroroso” viver em tal contexto de fim de vida, Medeleine, outra enferma cujo relato de morte encontra-se na Revista 51, “*intentaba no llegar a uma situación para ela indecorosa. Vivió intensamente y no quiso perder su autonomia*” (Revista 51, p. 51). Aqui, é possível perceber que os ideais de “vida boa” ou “digna” frequentemente compartilhados possuem como pano de fundo o bem-estar corpóreo e a percepção de um controle (civilizado) de si e do corpo. Esta afirmação é ratificada, contudo, pelo sentimento de repulsa ao corpo suscitado em pacientes terminais cuja sintomatologia degradante de suas doenças ocasionam na percepção de que é “indigno”, “desonroso” ou

“vergonhoso” entregar o controle de suas vidas e ações pelo descontrole fisiológico do corpo, como vimos com Carlos Santos.

A perda do autocontrole corporal e fisiológico na etapa final da vida, bem como a incapacidade/fragilidade física gerada por doenças que demandam a dependência frente a outros seres humanos, frequentemente levam à produção de sentimentos de que se é “indecoroso” ou “degradante” viver assim, *e dimensionam a perda da dignidade quando em situação de perda da capacidade de funcionar de forma independente*. Aqui, a percepção da dignidade pessoal ou da construção de uma vida digna e plena, além de se ancorar em noções de autogoverno, administração de si e soberania da experiência de viver e morrer, ancora-se no controle civilizatório do corpo e funções corporais. Menezes, em seu livro “Em busca da boa morte”, desenvolve a relação entre dignidade, corpo e civilidade na experiência de morte de pacientes terminais. A autora nos diz:

A categoria dignidade se encontra fortemente impregnada das ideias de singularidade, autonomia, produtividade, todas vinculadas a uma imagem de civilização. Nos seus diversos significados — sejam atribuídos pelo indivíduo que está morrendo ou pela equipe de saúde — há uma ideia recorrente: a de um controle sobre o corpo e as funções corporais, de um controle sobre si, civilizado (MENEZES, 2004, p. 47).

Aqui, o ideal civilizatório do governo soberano de si (e assim da vida plena) encontra, no controle do corpo e seus processos fisiológicos, no controle de tudo aquilo tido como sujo, embaraçoso, constrangedor, suas “condições de possibilidade”. Isso se torna especialmente visível na repulsa moral ao corpo suscitada em moribundos que, em estágios avançados de definhecimento e incapacidade física, consideram-se “carentes de vida humana” (51, p. 21), desprovidos dos “signos próprios da condição humana” (Revista 51, p. 20): “*carece de vida humana y al que sólo responde su cérebro*” (Ibid.).

Um outro exemplo disso é dado por Merchy, portadora de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA): “*Merchy avisó a todos de que estaria dispuesta a morir cuando ya no pudiese sostener los pinceles con los que pintaba cuadros de barcos y árboles.*” (Revista 51, p. 19). Quer dizer, Merchy está disposta a morrer, na realidade, quando não puder mais agir de maneira independente, quando não mais estiver sob o crivo da sua vontade, determinação e criação todas aquelas práticas – no caso, atividades artísticas – que retomem um sentido de soberania de si, autogoverno na realização dos projetos vitais e dignificados de cada um – vida autêntica, numa palavra. Merchy quis morrer não porquê não pudesse mais pintar seus adorados quadros, mas porquê seu processo de final da vida não mais era capaz de incorporar os ideais morais tidos como fundamentais à percepção de que a vida ainda é digna e ainda vale a pena de ser vivida: a independência, a autonomia, a soberania de si. O que se mostra fundamental perceber é que,

no fim das contas, tais ideais de autogoverno estão profundamente ancorados num controle civilizado do corpo e das funções corporais, como Menezes ressaltou e os dados colhidos junto ao DMD fazem aparecer.

Não por acaso, a perda da autonomia no controle dos processos corporais e fisiológicos em contexto de terminalidade da vida contém o “*Leitmotiv*” para a adesão moral ao ideal da boa morte e suas práticas de domesticação do corpo selvagem. É o caso de Madeleine:

Madeleine, que amaba vivir sola, y lo hacía desde que se quedó viuda, 20 años atrás, cuando también su hijo, de 35 años, se fue de casa, expresa el temor de que su progresiva invalidez le robara la independencia (...) Madeleine intentaba no llegar a una situación para ella indecorosa. Vivió intensamente y no quiso perder su autonomía (Revista de DMD n.º 51, 2007, p. 51).

O temor de Madeleine, com efeito, refere-se não diretamente às dores ou ao debilitamento físico que sua doença acarreta, mas, sobretudo, no quanto esse contexto lhe furta a independência, a autonomia. O fundamental, aqui, não é o aspecto médico, biológico ou físico de sua situação, mas moral: a perda dos ideais civilizatórios de autocontrole e autogoverno, seja de si, seja da vida ou da morte, é que vem ao primeiro plano do relato. A situação “indecorosa” que ela busca evitar ora ancora-se na rejeição civilizada do corpo, e do descontrole fisiológico, ora na rejeição civilizada da dependência, imobilidade, inatividade, que apontam para uma interiorizada valorização dos ideais de autonomia, produtividade, controle enquanto modos de percepção de que “ainda vale a pena viver”.

Um texto na Revista 52, p. 17 destaca: “*en estudios realizados a pacientes moribundos que buscan acelerar la muerte se ha visto que, con frecuencia, sus razones van más allá de lo físico, como un dolor intratable o emocionales, como sentirse impotente*”. Desse modo, no lugar de ser uma mera consequência da implementação prática de tecnologias de suporte à vida, a morte indigna também nasce das consequências práticas de uma certa economia da sensibilidade contemporânea da morte, que, constituindo a dependência como vergonhosa, embaraçosa e constrangedora, institui, por isso mesmo, contextos empíricos de adoecimento e morte suscetíveis ao aparecimento de sentimentos de desvalorização, irrelevância e marginalização social, rejeição social e isolamento, discriminação e abandono daqueles em processo de morte. A citação acima retomada continua: “*a menudo las razones son de índole existencial: el reconocimiento de que sus vidas han perdido todo significado, preocupación en cuanto a que se han convertido en una carga excesiva para sus seres amados, el deseo de evitar una larga agonía o tensión a causa del tiempo y dinero que se está “desperdiciando” para prolongar sus vidas, que de cualquier forma van a terminar pronto*” (Ibid., p. 17).

Para retomar a citação de Seale, o autor nos diz:

Meu trabalho nessa área mostra que a **dependência física**, tanto quanto a dor, está, na prática, associada à pedidos de eutanásia e à percepção de que morrer mais cedo seria melhor. Isso confirma a visão segundo a qual o desejo de eutanásia muitas vezes é uma **reação à perspectiva de um vínculo social fragmentário** (apud Kellehear, p. 422, grifos meus)

Ora, se a eutanásia pode ser apreendida enquanto uma reação a laços sociais fragmentários ou mesmo rompidos, é que tais laços parecem ser manter apenas enquanto os indivíduos partilhem das características das “pessoas moralmente idôneas”: para o que nos interessa, pessoas socialmente percebidas como saudáveis, portadora de sinais físicos de boa forma corporal e bem estar físico, e assim percebidas como autônomas, soberanas, produtivas, singulares, independentes. É quando tais vínculos civilizadamente constituídos se rompem por ocasião da degradação física/biológica do corpo, descontrole das funções corporais e subsequente incapacitação produtiva dos indivíduos que se produz a percepção de que, no fim das contas, é melhor morrer mais cedo.

A partir desse contexto, me parece que os significados atuais da morte como fenômeno vexaminoso aportam-se muito frequentemente na percepção da degradação biológica do corpo (e na repulsa às sujeiras deste corpo), por um lado, e no desenvolvimento da dependência, obsolescência, irrelevância e marginalização social advindas com tal estado, por outro. Isto leva a que construamos os vetores corpóreos, a degradação do corpo, e simbólico, a perda do autocontrole/autogoverno, como núcleos de sentido da noção de morte indecorosa contemporânea. É o caso, por exemplo, dos trechos abaixo destacados:

1. *No se encuentra justificación alguna para la negación del derecho a morir en las circunstancias que anuncian la ausencia de signos propios de la condición humana (51, p. 20).*
2. *Mi psicólogo me buscó uma residência junto al mar, pero no quiero que me limpien el culo, ni por mí ni por los demás (52, p. 51).*
3. *Y pedía, con insistencia, en sus momentos de lucidez, que le abrieran la ventana, que el cáncer olía. No podía soportar que ese olor se instalara en su entorno, que lo percibieran los que se acercaban a su almohada para darle un beso en la frente. Sus hijos pensaban que su madre olía igual de bien que siempre, y se creían que le daban el mismo beso de siempre, aunque, en casos así, un beso cambia su naturaleza y se torna temeroso, leve. (52, p. 14).*

Aqui, a sensibilidade predominante face ao corpo, ainda que particular em cada citação, se constitui de maneira semelhante: seja na rejeição com base na percepção de que o corpo não contém, por si, valor, seja na repulsa ao corpo que fede, o limiar de sensibilidade é identificado pela produção de sentimentos específicos, majoritariamente negativos, ao se ver em contato com aquilo – a degradação fisiológica – visto como desagradável, desonroso, “selvagem”.

Também é o caso de Josefina, cujo relato do seu processo de morte, a partir do momento em que foi diagnosticada com um câncer de mama avançado, é revelador do patamar de embaraço daquilo considerado como “humilhante” em sua situação:

*Las jornadas pasaban una tras otra con una insolente falta de solemnidad. Y su vida se iba apagando en una monotonía asistencial de enfermera contratada, **porque le humillaba que sus hijos tuvieran que atender el deterioro de su cuerpo que se iba rompiendo**, y de turnos de guardia para darle lo que necesitara a lo largo de las interminables noches de padecimientos en torno a un gotero que se nutría de sueros y fármacos cada vez más potente (Revista 52, p. 14).*

A produção de sentimentos negativos face ao processo de perda do autocontrole no que concerne ao corporal e ao fisiológico é o aspecto sobre o qual quero dizer algumas palavras. Como vimos, no curso de um processo civilizador, avança o patamar de embaraço e sensação de desgosto em face de fenômenos como o corpo deteriorado, e por isso mesmo, não à toa, os moribundos das sociedades modernas são feios à vista e geram sensações desagradáveis. É na produção de sentimentos específicos, como o sentimento de que é vergonhoso que assistam à deterioração do corpo, e de que é indigno continuar vivendo assim, que reside a chave analítica para a apreensão sociológica do fenômeno. Ainda que algo individualizada, o recorte que se concentra seja “economia emocional”, seja no “limiar de sensibilidade” de pacientes terminais representa o modo sociologicamente mais profícuo de deslocar esse debate, aqui impregnado de “psicologia individual”, para o terreno da moralidade e dos valores. Por que é vergonhoso e “indecoroso”, e não apenas “doloroso” ou “incômodo”, entregar-se à dependência – física ou diante de outras pessoas – em contexto de terminalidade da vida? Em termos comparativos, o sofrimento físico é equiparado ao aspecto moral da situação, identificado pelo sentimento de “horror” frente à degradação do corpo e à completa falta de autonomia daqueles em processo de morte.

Um senhor australiano, de 70 anos, favorável à causa eutanásica, relata o seguinte: “*no hay nada más deprimente que relacionarse con alguien que pierde la oportunidad de decidir por sí mismo, que de pronto se encuentra hospitalizado y atrapado, que estará ahí mientras se le den los medicamentos para mantenerlo con vida sin que pueda opinar al respecto*” (Revista 52, p. 17). O que é deprimente é precisamente o fato de tornar-se impotente, dependente, isto é, não poder cumprir o autodomínio, a autenticidade, autovalorização, criatividade, fenômenos que alçam a pessoa à condição moral idônea requisitada e legitimada. É o caso também de Inmaculada, como vimos. A experiência de terminalidade da vida de Inmaculada, acima descrita, foi percebida — por ela e membros do DMD — como “indigna” porque construída ora nessa ausência de ideais de autogoverno, ora no tratamento emocionalmente distante daqueles que lhe eram próximos. Seja a falta de autonomia, seja falhas no reconhecimento, seres humanos dependentes física e simbolicamente de outros experimentam toda sorte de esgarçamento de suas relações sociais, que parecem se manter apenas quando certo *bem-estar físico e corporal*, bem como realização dos ideais de produtividade e “utilidade” (política e

econômica, p. ex.), são observados. Aqui, boa forma corporal e sentimentos quanto à utilidade de outra pessoa aparecem como “condições necessárias” para esta ser considerada “moralmente saudável” e, assim, objeto de deferência e apoio.

Como Kellehear e Elias destacaram, a experiência atual de morrer é caracterizada por uma profunda marginalização social e erosão do apoio em direção àqueles portadores de sinais físicos do envelhecimento e em processo de morte. Kellehear, aprofundando essa compreensão, vai argumentar que, para aqueles na senectude, morrer traz consigo um problema específico: o do estigma.

Geralmente, os idosos não são tratados como pessoas morrentes, nem mesmo como simples adultos: são tratados como crianças. A mera visão do envelhecimento, em mais uma contradição característica da atitude cosmopolita, eleva a juventude ao mesmo tempo que marginaliza os sinais de envelhecimento (KELLEHEAR, 2016, p. 387.)

A presença comum do estigma na vida cotidiana de pessoas biologicamente velhas é o que leva Kellehear a aproximar suas experiências de adoecer e morrer daquelas de pessoas portadoras da AIDS, já que “muitos dos que morrem dessa doença vivenciam um debilitamento profundo, além de agrisalamento, enrugamento e envelhecimento prematuros” (Ibid., p. 387). O mais importante a se dizer, porém, refere-se à perenidade dos vínculos sociais — que significam apoio substancial, acolhimento e cuidado àqueles em situação de vulnerabilidade, como velhos e portadores de HIV — para os que consideram ameaçador, para não dizer vergonhoso e constrangedor, *os desvios da juventude e sinais físicos do envelhecimento*.

Este vínculo social (apoio e respeito), frequentemente rompido em face de problemas complexos como aqueles que acometeram Inmaculada, Caba e Josefina, parece encontrar uma de suas “condições de possibilidade” nas fontes corporais e sinais físicos que, estigmatizando a pessoa, atribuem menor possibilidade que esta seja respeitada e considerada. Segundo Kellehear, o *status* passou a ser uma *qualidade negociada* nas nossas sociedades atuais, e isso precisamente porque o apoio interpessoal passou a depender de fatores como a manutenção positiva da “informação econômica, social e **corporal**” (Ibid., p. 394, grifos meus): “a perda do emprego ou da renda, a degradação, a desgraça pública, **a incapacidade física ou psíquica**, a doença contagiosa ou mesmo **a aparência desagradável** hão de comprometer o *status* em curso no mundo social cosmopolita” (Ibid., grifos meus). A mera visão dos sinais físicos do envelhecimento, como o agrisalamento e enrugamento, despertam a percepção do menor “valor moral” e menor possibilidade de deferência na vida social e nos espaços de produção de reconhecimento. Estima, respeito e *status*, fundamentais a todas as pessoas e especialmente aquelas em processo de morte, adquirem, nos tempos atuais, referentes empíricos muito

precisos: ancoram-se também na saúde, no bem-estar físico, na boa aparência corporal, na realização dos ideais de autogoverno, que se elevam ao posto de “qualidade” ou “atestado” moral que se precisa portar caso almeje certa paridade participativa na vida social. Mas, por que isso acontece?

Como Elias observou, no curso de um processo civilizador, se expandem as barreiras civilizatórias (físicas e emocionais) entre aquilo visto como natural e selvagem, de um lado, e aquilo avaliado como civilizado e domado, de outro. A sociedade, em sua função de remodelar o comportamento e vida afetiva do indivíduo, coloca barreiras e busca suprimir o contato com símbolos, gestos, práticas que, ao longo de um dado processo civilizador, foram percebidos como constrangedores, embaraçosos, vergonhosos — isto é, que se julgam “animais”, “selvagens”. Assim, entre Inmaculada e aqueles que a ela eram próximos, ergueu-se uma espécie de barreira civilizatória que, sob a forma da dificuldade de identificarmos-nos com velhos e moribundos (sociogênese), é correlata à construção psicogenética de um limiar de sensibilidade que, sob a forma do sentimento de constrangimento, torna embaraçoso e penoso o contato com pessoas como ela., portadoras de sinais físicos e simbólicos estigmatizados.

Aqui, começaremos a vislumbrar os primeiros elos entre morte e civilidade frente ao DMD à proporção que transcendemos o caráter pessoal desses casos e procurarmos nos focar no movimento, de longa duração, que aponta para o sentido histórico, cultural e simbólico de civilização das formas de viver e, principalmente, de morrer em sociedade — “pelo menos do século XVI em diante, as injunções e proibições pelas quais é modelado o indivíduo (de conformidade com o padrão observado na sociedade) estão em movimento contínuo”, diria Elias (2011, p. 105). Isso significa pontuar que, no lugar de ser um traço individual e variável do comportamento, nossos costumes face à morte, e em especial a vergonha e embaraço frente ao contato com doentes terminais, cristalizaram-se na estrutura social — no curso desse processo — de modo a reproduzir o padrão de sentimentos e limiar de sensibilidade então predominante na vida em sociedade. Por isso, importa, aqui, transcender o caráter pessoal dos depoimentos mobilizados e focarmos-nos em tal limiar de sensibilidade (patamar de repugnância e embaraço), naquilo que, gerando incômodo, reclamação, indignação, pode ser apreendido a partir do esquema analítico que aborda as correlações entre sociogênese e psicogênese em tais fenômenos — isto é, não como fruto de um elemento ou variação individual, mas, seguindo à risca, na forma da psicogênese, a sociogênese desse elemento na estrutura social.

No curso de um processo civilizatório, afirma Elias, as pessoas procuram suprimir em si mesmas todas as características que julgam “animais”, tornando-se frequente a prática de remover da vista, para os fundos da vida social, o desagradável, o repugnante. A curva que

ocorre da associação dos velhos e moribundos (corpo deteriorado) ao repugnante e desagradável, passando pela dificuldade no reconhecimento e apoio interpessoal a tais pessoas e culminando na privatização e marginalização da sua experiência de morrer, constitui, tal como a Elias pareceu constituir nos costumes face à mesa, uma típica curva civilizadora (2001, p. 123). Por isso, falar de como a morte converte-se numa experiência indecorosa ou vexaminosa — que precisa ser domada (civilizada) a fim de que se converta em “digna” (pedagogia) —, significa falar, no fim das contas, em como a sociedade, ao distanciar os indivíduos daquilo visto como incivilizado, infantil ou selvagem, “remodela sua vida afetiva”, isto é, coloca barreiras em torno dos símbolos e representações associados a tais objetos, e aumenta as restrições, proibições e limitações a eles impostas.

Não se trata de um comportamento “natural”, “espontâneo”, da ordem do “sempre foi assim”. Muito pelo contrário, a concepção de indivíduo por Elias mobilizada e aqui retomada faz aparecer o humano, seus afetos e sensibilidade, não como que existindo como por si mesmo, isto é, sem processo e contexto, realidades a-sociais. Noções como a de “estrutura social de personalidade”, ou de “*habitus* social”, tratam de mostrar como o cenário socializador, em sua função de remodelar a vida psíquica do indivíduo, incide sobre nossa subjetividade de modo a, reproduzindo a padrão dominante de sentimentos, nos fazer emergir como “humanos” de uma dada cultura e sociedade — e é isso que se leva a que se fale, por exemplo, numa “subjetividade socializada”. A sociologia da morte aqui aventada, ancorada em tais pressupostos, trata de fenômenos como a morte indigna, a exclusão dos moribundos ou a perda de sentido de suas vidas a partir do esquema analítico que aborda a não naturalidade ou não espontaneidade de tais comportamentos, seja dos moribundos para consigo mesmos, seja das outras pessoas em direção a eles. No lugar de naturais e espontâneos, tais percepções e condutas só se concretizaram porque, no curso de um dado processo de longa duração, cristalizaram-se na estrutura social e estrutura de personalidade dos indivíduos.

Não é difícil perceber o significado emocional por trás das palavras do senhor australiano, que considerava a dependência a mais deprimente das coisas, ou de Madeleine e Josefina, que consideravam indecoroso e humilhante a degradação biológica do corpo, quando dispostas como que em frente à teoria eliasiana do processo civilizador. É que a recordação do corpo deteriorado é desagradável, e remetem a estrutura psíquica/afetiva “civilizada” ao contato com a “animalidade humana” e os limites, as bordas das barreiras civilizatórias que a sociedade busca erguer para suprimir o contato. A atitude evasiva e encobridora das pessoas face aos moribundos se insere em toda sorte de proteção psíquica instituída para a supressão higiênica de associações desagradáveis. Um dado ritual social é formado em torno do contato com esse

“perigo objetivo” representado pelo corpo deteriorado, ameaçador, “porque o gesto ameaçador em si se enraíza em um nível emocional, como fonte geral de desagrado, símbolo de morte e perigo” (ELIAS, 2011, p. 125).

Na sensação desagradável de estar defronte a um moribundo, um sentimento mais profundo de degradação social surge, que nos assalta à mera vista dos objetos aos quais a sociedade busca inibir o contato e inculcar sentimentos de repugnância. Por isso a perenidade dos vínculos e contatos sociais, e assim a demonstração de afeto e estima em face de pessoas como Inmaculada e Caba; vínculos que, intimamente ligados a tais padrões de sentimentos, são a materialização, nos espaços da vida social e coletiva, de um autocontrole psíquico-pulsional que, aprendido na vida em sociedade e corporificado e internalizado pelo indivíduo, reproduz um dado padrão de relações humanas e interdependência funcional, para as quais o contato interpessoal e relações afetivas com pessoas portadoras de símbolos estigmatizados (corpo deteriorado, “incivilizados”) é visto como vergonhoso e, assim, objeto de recalçamento.

4.2 Civilidade na “pedagogia da boa morte” contemporânea

Todavia, não é difícil perceber que, explorando os núcleos de sentido da morte como fenômeno indigno e selvagem, já estávamos também ensaiando, a partir de algumas correlações observadas entre tais sentidos e o patamar de embaraço cristalizado ao longo de um processo civilizador, alguns elos entre morte e civilidade face ao DMD. Mas, como abordar adequadamente tais elos? Ao longo do último tópico, logramos perceber que, para as sociedades de eutanásia, percepções sobre a morte enquanto experiência vexaminosa frequentemente ancoram-se na rejeição civilizada da degradação do corpo, das funções corporais e dos sinais físicos do envelhecimento, e na rejeição simbólica civilizadamente ancorada da dependência, impotência e debilidade advindas com tal situação. Interpretando tais fenômenos à luz da teoria eliasiana do processo civilizador, fizemos uso de uma compreensão que, no lugar de abordá-los como originados por um traço “natural” do comportamento individual, ou de uma rejeição “normal” ou “espontânea” àquilo visto como “naturalmente” embaraçoso, tratam-se de condutas que, cristalizadas na estrutura social no curso de um processo com vários séculos de duração, reproduzem, na esfera psicogenética, um dado padrão de relações, interdependência e sentimentos humanas.

Entretanto, como vimos ao longo do capítulo três, a relação simbiótica entre morte e civilidade face à organização da qual nos ocupamos também pode ser apreendida por uma outra ótica. É dela que pretendo trabalhar a partir de agora; o que discutirei no tópico que se segue

pode ser resumido do seguinte modo: de que maneira podemos compreender a pedagogia da boa morte defendida pelo DMD não apenas como uma nova modalidade de administração da morte, mas, fundamentalmente, como uma nova modalidade de controle e domesticação daquilo visto como selvagem: não apenas o corpo, mas a morte em si – ou melhor, do processo de adoecer e morrer.

Essa perspectiva ancora-se na compreensão que aborda tal modalidade menos como uma inovação frente a longa história dos costumes diante da morte e mais em uma linha de continuidade com os efeitos sócio-psíquicos – de longa duração – instilados pelo processo civilizador em seu contato com a morte. Ainda que transmutados em novos atores, valores e práticas, os significados atribuídos à pedagogia da boa morte pelo DMD apontariam para o aprofundamento desse processo de civilização das formas e viver e morrer em sociedade observado nos últimos séculos. Em última instância, se caracterizariam como uma nova forma da civilidade nos tempos atuais. É isto que irei demonstrar.

Como, então, tais relações se constituem? A morte enquanto fenômeno selvagem nós já abordamos. Resta saber, agora, quais estratégias foram e são instituídas para seu controle e domaçaõ, quais mecanismos a fazem passar de experiência atroz e sem sentido para “boa” e “digna”. É na literatura sociológica que podemos encontrar alguns signos de tais mecanismos. Segundo Kellehear, a história do desenvolvimento da experiência social de morrer pode ser traçada e apreendida também a partir do esquema teórico que se concentra sobre o aumento, socialmente instilado, nos dispositivos e técnicas de controle e domesticação da morte cancerosa e selvagem. Para o sociólogo australiano, seriam signos expressivos dessa mentalidade tanto o aumento progressivo da hipermedicalização do morrer quanto o retardamento medicamentoso da morte, no fundo dos quais haveria um limiar de sensibilidade e patamar de embaraço – para usarmos o léxico eliasiano – que constitui como problemático, os sinais físicos da velhice e as intimidades físicas, a própria morte e o ser morrente, e investe toda sorte de recurso no controle médico do corpo deteriorado e da morte cancerosa.

Acontece que, ainda para o mesmo autor, a experiência social de morrer se desenvolveu também em um outro sentido, objetivamente visualizável: ela se tornou cada vez mais *individualizada* e *privada* ao mesmo tempo que seu reconhecimento passou a ser mais publicamente controlado e definido (KELLEHEAR, 2016, p. 459, grifos meus). Ora, já aqui temos uma categoria analítica relevante ao nosso indagação sociológico: como podemos pensar esse “duplo sentido” frente ao DMD? Se é histórica e sociologicamente viável falar num aumento progressivo das técnicas e dispositivos de controle do morrer, *qual a relação entre o ideário de organizações como o DMD e esse processo mesmo de controle e domesticação da*

experiência de morte? Como a pedagogia da boa morte defendida pelo DMD incorpora tais sentidos de controle?

Num rápido exercício metateórico, perceberemos que, se a história dos costumes diante da morte se desenvolveu aprofundando ora as lógicas de controle/domesticação do morrer, ora a individualização/privatização dessa experiência, é que *o próprio indivíduo enfermo passou a ser uma das instâncias originárias de tais práticas de controle e domesticação*. É precisamente isto que buscarei mostrar: a partir do esquema sociogênese/psicogênese, o desenvolvimento histórico no curso do qual as técnicas e dispositivos específicos de controle e domaçaõ – e, assim, a busca pela “boa morte” – *passaram de uma dimensão na qual eram exercidos apenas pelo profissional especializado e expertise médica para outra em que são operados também pelo próprio morrente*. Dito com outras palavras, apreenderemos o processo de longa duração mediante o qual a individualização do morrer assumiu a forma de uma *privatização* do controle da experiência de morrer.

Doravante, não me refiro mais à civilidade apenas enquanto conjunto de fenômenos expressos em referentes empíricos, mas, fundamentalmente, morais. A noção de civilidade, na realidade, permite perceber que o desejo por morrer com dignidade não diz respeito apenas à modulação dos sintomas degradantes, ou seja, não tem como “pano de fundo” apenas um referente médico, biológico, como a contenção do sofrimento físico no fim da vida; antes, a exigência por dignidade na experiência de morrer, ou a avaliação moral positiva ou negativa de uma morte, *frequentemente ancora-se na percepção do maior ou menor grau de controle dessa experiência pelo próprio indivíduo enfermo*. É o que podemos perceber nas duas citações abaixo, retiradas de um livro escrito por membros do DMD:

Sin embargo, este anhelo de una muerte exenta de sufrimiento no agota la exigencia de dignidad. Una muerte digna es mucho más que una muerte sin sufrimiento. Para muchas personas, no es el dolor o la incapacidad lo que hace indigna una muerte sino la negación del propio control del proceso de morir; porque no hay dignidad en la muerte – ni en la vida – sin la libertad de decidir (MONTES, MARÍN, PEDRÓS, SOLER, 2012, p. 20, grifos meus).

El desarrollo de las tecnologías médicas ha propiciado un alargamiento de la existencia que no se ha acompañado necesariamente de calidad. Hemos conseguido añadir más tiempo a la vida, pero no más vida al tiempo. El resultado es que estamos hoy abocados a un último periodo vital desprovisto de control pleno y, consiguientemente, de la dignidad a la que tenemos derecho. Porque solo con libertad es posible la dignidad, y no hay libertad plena en la vida mientras su final permanezca secuestrado. (MONTES, MARÍN, PEDRÓS, SOLER, 2012, p. 7, grifos meus).

Em outras palavras, morrer paliando a dor não esgota a exigência por dignidade no morrer: *“no es el dolor o la incapacidad lo que hace indigna una muerte sino la negación del propio control*

del proceso de morir” (Ibid.). O caso de Ramón Sampedro – histórico militante pró-eutanásia na Espanha e figura simbólica central para o DMD – é revelador de tal sensibilidade: tetraplégico desde a juventude, experienciou uma vida completamente medicalizada e assistida por tecnologias de suporte vital – que, mesmo capazes de permitirem-no viver por mais de trinta anos, lhe infligiam uma condição que “não era digna”: “*Después de las imágenes que acaban de ver; a una persona cuidando de un cuerpo atrofiado y deformado -el mío- yo les pregunto: ¿qué significa para Vds. la dignidad? Sea cual sea la respuesta de vuestras conciencias, para mí la dignidad no es esto. ¡Esto no es vivir dignamente!*”. Por que isso?

Na realidade, para Sampedro, tal como para Inmaculada, ideais de dignidade humana e “sentido da existência” na experiência da morte frequentemente ancoram-se na percepção do maior ou menor grau de controle soberano dos processos decisórios típicos dessa experiência. Como pouco experienciam dinâmicas de independência e liberdade, ou não as experimentam em absoluto, falam de seu contexto como “inumano”, “degradante”, “indigno” – mas, como foi possível que, mesmo assim, buscassem e desejassem uma morte digna? Como é possível obter, ante a um morrer indigno, uma morte digna? É que, para organizações como o DMD, mortes dignas não são aquelas em que se evita a sintomatologia degradante de doenças como o câncer: são aquelas em que o paciente terminal *toma para si* o controle do processo terapêutico e, em última instância, do processo da morte. Ramón Sampedro continua:

Yo acudí a la justicia con el fin de que mis actos no tuviesen consecuencias penales para nadie. Llevo esperando cinco años. Y como tanta desidia me parece una burla, he decidido poner fin a todo esto de la forma que considero más digna, humana y racional. Como pueden ver, a mi lado tengo un vaso de agua conteniendo una dosis de cianuro de potasio. Cuando lo beba habré renunciado – voluntariamente – a la propiedad más legítima y privada que poseo; es decir, mi cuerpo. También me habré liberado de una humillante esclavitud – la tetraplegia –. A este acto de libertad – con ayuda – le llaman Vds. cooperación en un suicidio – O suicidio asistido –. Sin embargo yo lo considero ayuda necesaria – y humana – para ser dueño y soberano de lo único que el ser humano puede llamar realmente “Mío”, es decir, el cuerpo y lo que con él es – o está – la vida y su conciencia (Testamento RS)

Sampedro não experimentou um *morrer* digno – à medida que não concretizou, em sua trajetória até o fim da vida, os ideais morais portadores da noção de dignidade: autonomia, independência, autogoverno – mas uma *morte* com dignidade: exerceu seu último ato em vida enquanto ato de soberania, de liberdade, de autonomia e controle dos acontecimentos nos momentos finais, como o tempo de morrer. Para as sociedades de eutanásia, o processo da terminalidade deve ser entendido e experimentado enquanto o principal espaço, ainda que o

último, para o exercício da liberdade – isto é, do autogoverno, da soberania, da autonomia, de poder decisório⁵⁰.

Mas, o que significa, de fato, tomar para si o controle do morrer? E o que esta modalidade de controle, defendida pelo DMD, difere, por exemplo, daquela presente na “morte moderna”? A mentalidade controladora e domadora da experiência selvagem de morrer, gestada com os burgueses seculares e ansiosos da Idade Média, encontra sua forma contemporânea não tanto na técnica médica hospitalar, cujo tratamento tecnológico intensivo (para não dizer abusivo) "substitui" o sofrimento físico de padecer de um câncer pelo sofrimento sócio-afetivo de padecer em solidão, mas numa espécie de "organização disciplinada do *self*" necessária à construção da boa morte:

Com a chegada da doença, é preciso contar com um repertório de habilidades para administrar a desconexão do antigo modo de vida, a diminuição da satisfação com a vida, a intimidação do desconforto e da dor, o espectro da invalidez e da morte e a adulteração da identidade (SHAROFF, apud KELLEHEAR, 2016, p. 280).

É esse "repertório de habilidades para administrar a si mesmo" no processo da morte que a pedagogia prescrita pelo DMD faz aparecer, e que a noção de civilidade busca dimensionar. Mais a fundo, são estes repertórios que vêm ao primeiro plano no processo atual, discutido ao longo da dissertação, de transformação dos valores morais sobre a morte – e reside aqui a diferença fundamental entre ambas as modalidades de controle. A pedagogia da boa morte defendida pelo DMD é, por assim dizer, uma pedagogia de si mesmo no processo de morrer, de como administrar a si, como organizar o *self* frente ao processo decisório definidor da qualidade da morte.

Mas, por que entender tais sentidos de independência e liberdade enquanto dispositivos de controle e domesticação do morrer selvagem? Eis a resposta: porque são precisamente esses os ideais morais que, quando incorporados à experiência de morrer, a tornam “boa”, “digna”. No processo de busca física e moral da boa morte, é na passagem de uma “administração religiosa e medicamentosa”, cujo controle era exterior e religioso, para uma “administração disciplinada e civilizada do *self*”, cujo controle é individual, que nascem as demandas por eutanásia e a busca pela boa morte enquanto “livre disponibilidade da vida”, ou enquanto

⁵⁰ Aqui temos claramente ilustrado um dos postulados centrais de Allan Kellehear (2016) para o estudo sociológico do morrer: a noção de que podemos encontrar, em distintas épocas, lugares e contextos, expressões de diferentes estilos de conduta no processo da morte. Neste caso em particular, podemos perceber estilos que remontam aos primeiros camponeses assentados e sua compreensão do ideal da “boa morte; como vimos, a “boa morte camponesa” legou à história ulterior um sentido de “bom”, “digno” e “correto” na morte quando, nas atitudes e discursos perante este evento, predominam os valores e ideais morais que, *face à vida*, a tornam boa e desejável. Os valores da boa morte são os valores da boa vida, e vice-versa.

exercício de liberdade, de autonomia no trânsito até a morte, tão comuns em organizações como o DMD – cujo lema é: “*libres hasta el final*”.

Para o que se segue, é preciso entender o seguinte: na base da percepção sociogenética da morte enquanto fenômeno que necessita de controle, ou, para usarmos o “léxico moral” da terminalidade digna do DMD, uma “pedagogia”, habita um limiar de sensibilidade que constitui como degradante e indigno a *perda do controle civilizado de si e do corpo e toda gama de sentimentos de vergonha, constrangimento e humilhação advindas com essas perdas e suas consequências*. É isto, fundamentalmente, que tais repertórios de habilidades, na forma de uma pedagogia, buscam intermediar, controlar: a “desconexão com o antigo modo” de vida, isto é, a deterioração da imagem civilizada e soberana do *self* no processo da morte. Como venho buscando demonstrar, o fazem através de demandas que visam *devolver* ao paciente terminal o controle do processo decisório típico do morrer, e a partir deste controle individualizado/privatizado, a produção – ou, poderíamos dizer, uma “autoprodução” – da boa morte. No lugar de ser uma intervenção cirúrgica ou medicamentosa a conter o avanço da degradação física do corpo, são as demandas por controle do tempo de morrer, pelas “diretivas antecipadas de vontade”, pelas ordens de não reanimação e, em última instância, pela própria morte voluntária que o fazem.

Para abordar tais “repertórios” frente a organização da qual nos ocupamos, recorro à noção de “morte programada”, do léxico sociológico de Kellehear, no intuito de perceber a relação entre pedagogia da boa morte e domesticação do morrer selvagem a partir da perspectiva que trata da privatização do controle da experiência de morrer. Presente na gramática moral de grupos como o DMD, o conceito de “morte programada” refere-se às preparações materiais, financeiras, jurídicas, médicas e pessoais (KELLEHEAR, 2016) que o morrer acarreta e se expressa, em síntese, por meio da noção de que existe um “*timing*” certo de morrer, isto é, de que há uma “hora adequada de morrer”. Este desejo pelo conhecimento do tempo de morrer, socialmente instilado, é fundamental enquanto prática que possibilita uma “boa morte”, e figura como interesse “da ordem do dia” para os membros do DMD:

La pregunta fundamental de la existencia es planteada en El Gabinete del Doctor Caligari de Robert Wiene: “¿Cuándo me moriré?”, formula un joven en una feria. A lo que el sonámbulo Cesare le contesta “Esta noche, morirás”. Ante tal terror, no basta con envolverse en papel de plata para conservarse como hace el hipocondriaco Woody Allen (aunque los tratamientos quirúrgicos de belleza ya superan esta deliciosa ingenuidad judía). Tampoco la ciencia da solución alguna. Los biólogos moleculares dicen que mi generación de cincuentones se beneficiará de la popularización de los estudios del genoma: nos dirán, exactamente, dónde se produce nuestra mutación genética letal. Pero yo me pregunto, inquieto, si tantos avances me servirán para curarme o, simplemente, para que sepa, a ciencia cierta, en qué momento exacto me moriré (Revista 56, p. 26, grifos meus).

Na citação acima, Julián Sauquillo, membro do DMD, afirma que nenhum desenvolvimento do conhecimento científico no tocante às questões do fim da vida e morte lhe são tão importantes quanto saber se tais avanços o possibilitarão conhecer ou não o momento exato em que morrerá. Nem mesmo o conhecimento científico e factual, que eventualmente possa desenvolver mecanismos de cura, estão em linha de igualdade ou patamar de importância que o conhecimento da hora certa ou adequada de morrer. Naqueles repertórios para administrar a si mesmo, é fundamental não tanto a organização médica do tempo de morrer, que pode levar ao encarniçamento terapêutico e à distanásia *ad infinitum*, mas um outro, por sua vez individual, determinado pelo enfermo com base em avaliação íntima e que pode levar à eutanásia. Mas, por que é crucial, para as sociedades de eutanásia, o conhecimento ou mesmo o desejo por uma hora adequada de morrer?

Para abordarmos tal noção, é preciso antes de tudo entender que, para muitos, especialmente os idosos, a vida longa pode ser tanto uma benção quanto um destino traumático rumo ao morrer institucionalizado. Uma benção porquê, para aqueles econômica e socialmente assistidos, o trânsito até o final da vida pode facilmente nos levar a viver 80 ou 90 anos de realizações pessoais, financeiras, familiares e morais. Um futuro duvidoso porquê, para a imensa maioria, especialmente aquela economicamente desamparada – cuja realidade epidemiológica em muito se difere da primeira –, tanto os sinais físicos da velhice, o descontrole fisiológico, a perda da consciência e a dor, quanto, mais fundamentalmente, a vergonha pessoal pela dependência, a perda da autonomia, a marginalização e desvalorização – em suma, experiências de irrelevância social – viver demais pode ser torturante e degradante da dignidade humana. Para estes últimos, como é o caso de Caba, Merchy e Josefina, o “desequilíbrio de viver demais” é compensado com a noção de que, no processo de envelhecer e morrer, o *timing* é fundamental.

À deterioração iminente da vida e à degradação irrefreável do corpo e da imagem civilizada do *self*, bem como à perda das conexões sociais, muitos opõem, simplesmente, a percepção de que morrer mais cedo seria melhor. E, para estes, o *timing* certo de morrer é tudo. Para o que nos interessa, o desejo pelo controle do tempo de morrer nasce como uma resposta socialmente instilada ao furor técnico e arsenal terapêutico investido pela medicina moderna no retardamento da morte natural. Para Kellehear, o desejo de controlar o *timing* da morte “se fortalece nesse contexto em que o medo de perder o controle aumenta globalmente”, e tem uma íntima correlação com as práticas de infantilização, marginalização e negação de autonomia de velhos e moribundos pela medicina moderna – na realidade, todo o esforço da medicina pode

ser apreendido também como um empenho por controlar e combater não a diretamente morte, já que isto é impossível, mas o *timing* certo de morrer ; por isso, tantos esforços em ressuscitar, forçar a alimentação, intervir cirurgicamente (KELLEHEAR, 2016).

É nesse contexto de luta pelo controle do tempo no processo da morte que se desenvolve uma batalha entre o paciente, munido de uma sensibilidade e valores civilizados, e o médico, munido de “arsenal terapêutico” na luta para adiar a morte: “(...) ademais, é comum a prática de se recusar a deixar a pessoa morrer no seu “próprio tempo” e, lançando mão do “furor técnico”, impedi-la de partir antes que se tenha feito “de tudo”, diz Kellehear (2016, p.432). Todavia, não apenas enquanto uma resposta ao tratamento tecnológico abusivo, mas, principalmente, a perda do controle civilizado de si e do corpo, *sociedades de eutanásia mundo afora aderem ao ideal da morte programada enquanto estratégia de freio à morte vexaminosa e indigna que inevitavelmente aguarda um moribundo canceroso*. Aqui, frequentemente se admite que é melhor adiantar-se “com dignidade” e optar pela morte voluntária que ultrapassar os limites – civilizadamente estabelecidos – que o próprio corpo impõe, ou os “limites morais” estabelecidos pela sociedade para a deferência e consideração face ao corpo deteriorado e dependência daquele que morre.

Imagens dramáticas e violentas da morte certamente contribuíram para o aumento do interesse por questões relativas ao tempo certo de morrer. Para organizações como o DMD, o *medo socialmente instilado da morte selvagem*, bem como, por isso mesmo, o desejo pelo conhecimento do *timing* de morrer, significou, dentre várias coisas, a adesão a diversos ideais e práticas relativos à boa morte e difusão de uma pedagogia, que acontece, na organização em questão, a partir da produção de verdadeiros “ideais” ou “significações simbólicas” a orientar e justificar os princípios de atuação do grupo. Dito de outro modo, na adesão do DMD a um conjunto de práticas e ideais (abaixo elencadas) que visam garantir um trânsito digno até a morte, coabita um limiar de sensibilidade cuja base é o medo socialmente instilado da morte selvagem, e este medo é o *leitmotiv* para a adesão do grupo ao ideário da “morte programada”; é isso que podemos perceber no trecho abaixo, retirado do site do DMD⁵¹:

⁵¹ Ver <<https://derechoamorir.org/asesoramiento/>>. Acesso em 23/03/2020.

Derechos sanitários

A veces, la diferencia entre morir bien o mal depende de si cononces los derechos sanitários que te amparan al final de la vida. Ya hemos conquistado muchos y ejercerlos ayuda a planificar uma buena muerte.

Segun el ordenamento jurídico em vigor, toda la ciudadanía tiene derecho:

- *A que el personal sanitario **le informe en detalle sobre su situación clínica**. A conocer su diagnóstico, las opciones terapéuticas disponibles y el pronóstico probable.*
- *A **renunciar a cualquier tratamiento**, en cualquier momento, aunque esto suponga adelantar su muerte.*
- *A **que se alivie su sufrimiento** en la medida de lo posible, especialmente cuando su situación de salud es irreversible.*
- *A la **toma anticipada de decisiones** sobre el final de su propia vida y a dejarlas por escrito en un testamento vital.*

Ora, se a diferença entre morrer bem ou mal depende que se conheça os direitos sanitários no período final da vida, é que, antes de qualquer coisa, conhecer o prognóstico provável habilita o paciente enfermo ao desafio terminal de programar os momentos finais de sua vida – poderíamos dizer que, na realidade, a diferença entre morrer bem ou mal depende que se conheça o *timing* certo de morrer. Por isso que, no trecho acima, consta, no primeiro tópico, o direito inalienável à informação clínica, aos informes detalhados do prognóstico clínico: é que, habilitando o paciente enfermo ao desafio de programar a morte, como decidir entre as opções terapêutica disponíveis, a renunciar um tratamento que seja incoerente com seu projeto vital⁵², a ter autonomia frente ao processo de tomada de decisões e escrever um Testamento Vital, o habilitam à (auto) construção de uma *boa* morte, que assim se tornou porque foi por ele escolhida, elegida.

Para as organizações sociais para o morrer, defensoras seja da eutanásia, seja dos Cuidados Paliativos, a atenção sanitária/terapêutica no final da vida não deve mais se concentrar exclusivamente no tratamento da enfermidade, como fez a “morte moderna”, mas no paciente, em seus desejos e direitos, como o bem-estar físico e emocional. É característico do ideário atual da morte digna – define Fernando Marín, diretor do DMD – “*ser capaz de cambiar de canal a requerimiento del paciente-familia, trascender más allá del síntoma y del confort para acercarse a la experiencia sufrimiento*”. Para o médico paliativista e militante pró-eutanasia, isso é possível a partir do movimiento de “*ir y venir de lo concreto (enfermedad) a lo abstracto (dignidad), del razonamiento basado en los datos (medicina basada en la evidencia) a la metáfora, al pensamiento mágico, a la verdadera entraña del ser humano (medicina basada en*

la afectividad)” (Rev. 52, p. 24). Estes são os movimentos atualmente percebidos como indispensáveis à construção de uma boa morte.

Apenas conhecendo, ou buscando conhecer o *timing* certo da morte é que estamos aptos a percorrer o caminho doloroso que vai da morte vexaminosa rumo à morte desejada. Esse percurso se constrói devagar, em etapas, aqui rejeitando uma intervenção terapêutica, como as medidas de suporte vital (ingressos, alimentação com sonda nasogástrica, antibióticos...), ou buscando paliar a dor, ali definindo a atenção médica que deseja em caso de perder a consciência, como emitir uma ordem de não ressuscitação, e ademais os preparativos fúnebres coerentes com suas crenças, como o destino de seu corpo. Em todas essas etapas, o direito à informação clínica é basilar, e isto à medida que promove o exercício da autonomia na concepção e consecução de um trânsito “digno” até a morte:

Lo que caracteriza este marco de relaciones sanitarias es la emancipación de la persona paciente y el reconocimiento de su capacidad para decidir en exclusiva sobre aspectos de su vida y salud. Este derecho de autonomía personal es el principal derecho sanitario, pues reconoce la capacidad de tomar decisiones libres sobre todos los aspectos relacionados con la propia salud. Según el Convenio de Oviedo «una intervención en el ámbito de la sanidad solo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento». Pero la decisión del paciente solo puede ser verdaderamente libre si está basada en un conocimiento veraz de la situación, en una adecuada información por parte del profesional.

El derecho a la información sanitaria es fundamental, previo al ejercicio de la autonomía y está recogido en el capítulo segundo de la Ley de Autonomía del Paciente. Verdadera, comprensible y adecuada a las necesidades, estas son las cualidades exigibles a la información. Se trata de ayudar a la toma de decisiones, no de inducirla en ningún sentido. El silencio, o la parquedad, no son una buena praxis médica, como tampoco lo es abrumar al paciente con multitud de posibles efectos secundarios desagradables, pero no graves, que en realidad tienen una mínima probabilidad de ocurrir. Siendo el proceso de información una labor esencial en el ejercicio de la medicina, lamentablemente es una de las mayores asignaturas pendientes de la práctica médica; especialmente al final de la vida. En esa fase, la actitud más común es la que se conoce como «conspiración de silencio», la ocultación de la verdad que priva al enfermo de decidir libremente, a veces con la complicidad de la propia familia (LIVRO DMD P 19).

Nas duas citações, a autonomia pessoal nas decisões da saúde está intimamente atrelada ao conhecimento do prognóstico provável da enfermidade de um moribundo. Entendida enquanto a “*capacidad para decidir en exclusiva sobre aspectos de su vida y salud*” e reconhecida enquanto o mais fundamental “*derecho sanitario*”, a autonomia sanitária nada mais é que precedência conferida ao paciente terminal nas decisões relativas ao processo da morte. É esta precedência que, nas significações contemporâneas da eutanásia, permite ao enfermo uma morte digna - à medida que pode, através dela, eleger e executar um “projeto” de fim da vida coerente com sua história biográfica e, assim, digno.

No léxico sociológico deste trabalho, entendo que está presente, na “base” de tal projeto, o desafio atual de programar o morrer, isto é, administrar a desconexão com o antigo modo (civilizado) de vida. É preciso gerir a deterioração do corpo e sinais físicos da velhice, o esgarçamento das relações sociais, a marginalização social – numa palavra, experiências de perda de controle - *a partir* de demandas que visam, precisamente, conferir mais controle e poder decisório ao paciente. Na “base” desse desafio há, por sua vez, um medo social da morte selvagem, bem como a necessidade social e psíquica de controlá-lo através de uma pedagogia, cujas demandas são pela escolha livre e autônoma de “como” e “quando” morrer. As próprias Diretrizes Antecipadas da Vontade (Testamento Vital) são a materialização jurídica do ideal de programar o máximo possível a experiência de adoecer e morrer, e de lidar com tal percurso se não de maneira controlada, ao menos conhecida e elegida. O Testamento Vital se propõe a ser o documento legal mediante o qual o paciente enfermo atesta qual a conduta terapêutica que deseja para si em caso de perda da consciência:

Mediante este documento «una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo». (LIVRO DMD P 20)

A morte programada, nesses termos, é uma espécie de “que fazer terminal”, um projeto cujo desenrolar busca oferecer a possibilidade de não-lidar, ou pelo menos de não lidar desprevenidamente (isto é, lidar de maneira controlada), com aquilo que não esteja, de maneira prévia, definido pelo próprio morrente: as preparações jurídicas, financeiras e materiais que o morrer acarreta, ou seja, a intervenção terapêutica coerente com *seus* valores e os preparativos fúnebres que deseja; as companhias ao seu redor, o lugar, o dia e a hora planejados para a morte, as cerimônias de despedida, o local de sepultamento – tudo tão inteiramente idealizado e controlado por aquele que morre que, da experiência cancerosa indômita, possa surgir uma outra, programada, arquitetada, planejada – e assim tornada boa.

É importante entender que, na etapa final da vida, o controle do tempo de morrer assume múltiplas e variadas formas, ou, melhor dizendo, dilui-se ele próprio em várias outras demandas de controle conferidas ao enfermo terminal, para que atinja seu ideal próprio de morte digna. É como um ideal que, no papel de “condição de possibilidade”, estruturasse todos os demais. Da esfera do conhecimento do prognóstico provável, passando pela modulação dos cuidados terapêuticos recomendados em seu caso, ou direito ao alívio da dor ou suporte emocional, culminando, finalmente, no direito a partir quando determinar, várias são as áreas de

manifestação de um ideal de morte digna que tem, como pano de fundo, um juízo radical de um tempo “adequado” de morrer. No trecho abaixo, retirado do modelo de Testamento Vital da organização, várias são as áreas de intervenção terapêutica a cuja vontade e autonomia do paciente enfermo são critérios centrais – tanto a orientar a conduta médica quanto a possibilitar uma morte com dignidade:

INSTRUCCIONES QUE DESEO SE TENGAN EN CUENTA EN MI ATENCIÓN MÉDICA. (Señale las que desea)

- *Deseo finalizar mi vida sin la aplicación de técnicas de soporte vital, respiración asistida o cualquier otra medida extraordinaria, desproporcionada y fútil que sólo esté dirigida a prolongar mi supervivencia artificialmente, o que estas medidas se retiren, si ya han comenzado a aplicarse.*
- *Deseo que se me proporcionen los tratamientos necesarios para paliar el dolor físico o psíquico o cualquier síntoma que me produzca una angustia intensa.*
- *Rechazo recibir medicamentos o tratamientos complementarios y que se me realicen pruebas o procedimientos diagnósticos, si en nada van a mejorar mi recuperación o aliviar mis síntomas.*
- *Deseo que se facilite a mis seres queridos y familiares el acompañarme en el trance final de mi vida, si ellos así lo manifiestan y dentro de las posibilidades del contexto asistencial.*
- *Deseo me sean aplicados todos los tratamientos precisos para el mantenimiento de la vida hasta donde sea posible, según el buen criterio médico.*

INSTRUCCIONES SOBRE MI CUERPO

(Señale las que desea)

- *Deseo donar mis órganos para ser trasplantados a otra persona que los necesite.*
- *Deseo donar mis órganos para la investigación.*
- *Deseo donar mi cuerpo para la investigación, incluida la autopsia, cuando fuera necesaria según criterio facultativo.*
- *Deseo donar mis órganos para la enseñanza universitaria.*
- *Deseo donar mi cuerpo para la enseñanza universitaria.*

Assim, o desejo de controlar o *timing* da morte se aprofunda num contexto em que o medo de perder o controle da etapa final da vida avança, seja frente à objetificação e despersonalização promovidas pelas tecnologias médicas abusivas, seja pela própria deterioração do corpo e marginalização social advinda com tal estado. Ora, fornecer instruções relativas à atenção médica ou ao manejo corporal – arquitetar o trânsito até a morte – nada mais é que planejar, segundo critérios pessoais, subjetivos, o *timing de morrer*, programar e fazer cumprir o ideal que afirma existir a hora “adequada” de morrer, para além da qual não se deve ir – sob o risco de se produzir um contexto “indigno” de vida. A fundo, é isto mesmo que, hoje, constitui a produção contemporânea da “boa morte”: a adesão as práticas de controle individual do processo terapêutico e a defesa pelo direito de decisão autônoma sobre “quando, como e onde” morrer.

Segundo Kellehear, o interesse pelas diretivas antecipadas cresceu como uma resposta ao medo generalizado do morrer solitário e traumático em UTI's hospitalares. Por isso, nossos idosos padecem de um contexto epidemiológico e terapêutico cuja luta pelo controle do tempo de morrer é questão central na avaliação moral positiva ou negativa de uma morte:

“As diretivas antecipadas, as ordens de não ressurreição e alguns suicídios são exemplos do aumento do interesse e da ansiedade com o timing da morte nos contextos industriais modernos. Todas essas estratégias destinam-se a solapar ou a evitar cabalmente uma situação indigna de morto vivo: um conjunto de circunstâncias nas quais a pessoa morrente é trazida reiteradamente de volta da morte e mantida em um espaço biológico entre vivo e morto ou nas quais intervenções médicas deficientes deixam o idoso ou o morrente sujeito a um período indefinido de casa de repouso do de atendimento de suporte à vida.

É preciso entender essas estratégias elencadas por Kellehear enquanto defesas civilizadas – assumidas como “dignas” – para um contexto de morte indigna e selvagem. Selvagem porque baseada numa percepção do caráter constrangedor, vergonhoso e humilhante da condição de enfermo, e civilizada porque ancorada na produção de ideais de controle/domesticação dessa experiência enquanto estratégia predominante de freio à situação de “morto vivo”. São essas as práticas que, no ideário atual da boa morte, fazem o morrer canceroso passar de experiência indômita para uma outra, digna. O trecho abaixo, contido num artigo do *British Medical Journal* (2000, V. 320) e por mim acessado através de Menezes (2004, p. 39), resume adequadamente todo o fio argumentativo traçado ao longo do presente tópico. Elaborado como espécie de manual dos direitos da pessoa em processo de morte, contém algumas das demandas mais características do modelo contemporâneo da “boa morte”, no qual o DMD se insere:

Princípios de uma boa morte:

1. **Saber quando a morte está chegando** e compreender o que deve ser esperado;
2. Estar em condições de manter **controle** sobre o que ocorre;
3. Poder ter dignidade e privacidade;
4. Ter **controle** sobre o alívio da dor e demais sintomas;
5. **Ter possibilidade de escolha e controle sobre o local da morte** (na residência ou em outro local);
6. **Ter acesso à informação** e aos cuidados especializados de qualquer tipo que se façam necessários;
7. Ter acesso a todo tipo de suporte espiritual ou emocional, se solicitado;
8. Ter acesso a cuidados paliativos em qualquer local, não somente no hospital;
9. Ter **controle** sobre quem está presente e quem compartilha o final da vida;
10. **Estar apto a decidir** as diretivas que assegurem que seus direitos sejam respeitados;
11. Ter tempo para dizer adeus e para ter **controle** sobre outros aspectos;
12. **Estar apto** a partir quando for o momento, de modo que a vida não seja prolongada artificialmente;

O trecho acima destacado é revelador do limiar de sensibilidade predominante em tal ideário. Sem dúvida, tais pontos foram instituídos tendo como “pano de fundo” as inúmeras práticas de

violência médica e abuso tecnológico perpetradas em desfavor de velhos e moribundos pela modalidade “moderna” de gestão da morte. Não à toa, os tópicos grifados em negrito apontam para aquilo que seria a “pedra de toque” das demandas, necessidades, desejos e garantias que o paciente enfermo precisa assegurar em seu trânsito até a morte digna: conhecer, intervir, controlar, ter possibilidade de escolha, estar apto a decidir. O trecho ilustra adequadamente o que estou buscando demonstrar: como podemos compreender o movimento histórico de transformação das condutas diante da morte – que levou à emergência de organizações como o DMD – enquanto orientado por um sentido de controle e domesticação do morrer selvagem, e, mais especificamente, orientado por uma lógica de *privatização* desse controle pelo indivíduo enfermo.

Essas afirmações teóricas encontram, face ao depoimento de Montse Caba e sua experiência de adoecimento e fim da vida, uma impressionante “materialização” – apresento abaixo a continuação de seu relato, cujo início está citado no tópico anterior. Ainda que profundamente debilitada pela perda dos movimentos físicos do corpo, bem como “horrorizada” com sua situação pela percepção da ausência dos ideais civilizatórios de autogoverno, soberania e produtividade, ela nos diz, de maneira ímpar, que está em “paz”, “contente”:

*Y, a pesar de ello, me siento bien, en PAZ. Una sensación que, después de tantos meses, me reconforta. A pesar de que mi enfermedad no tiene tratamiento... A pesar del dolor tan intenso que siento en ocasiones... A pesar del temblor de mis manos, que me obliga a contener la respiración para poder hacer una foto en condiciones o poder trazar una línea con un pincel, a pesar de... A pesar de tantas y tantas cosas que han cambiado en mi vida, en tan corto espacio de tiempo. **Y a pesar de todo, estoy contenta... Contenta, porque parte de mi destino ya no está en manos de un cirujano... Ya no tengo una fecha de caducidad, una fecha en la cual entraría en un quirófano y nadie sabe si saldría en una cama para el resto de mis días.***

*Ahora, esa parte de mi destino está en mis manos... Soy yo quien puede decidir hasta donde quiero llegar... Soy yo la persona que marcará los límites de mi vida. Si mi enfermedad sigue avanzando dentro de “X” días, meses o años, si el dolor hace que mi existencia no valga la pena..., **seré yo quien decidirá que ha llegado el momento de marcharme de una forma digna y despidiéndome de las personas que amo*** (Revista de DMD n.º 52, 2008, p. 64, grifos meus).

Em termos sociológicos, o depoimento de Caba é fundamental para percebermos a relação entre civilidade e moralidade no ideário de morte prescrito pelo DMD. Ao estudarmos o processo de mudança de valores que levou à passagem de uma modalidade “moderna” para uma “contemporânea” de gestão da morte, perceberemos que a civilidade aparece como um dos principais elementos constitutivos desse processo mesmo quando a defesa do novo individualismo nas decisões saúde, expressa nas prerrogativas éticas, morais e jurídicas do

paciente terminal face ao “processo terapêutico”, assume a forma da defesa do direito individual pelo *controle* do processo terapêutico — é o que aparece, por exemplo, sob a forma do poder ou respeito atribuído ao indivíduo terminal face ao processo de tomadas de decisões sobre o morrer, como os “princípios da boa morte” fazem aparecer, ou pela simples perspectiva de controle, como no caso de Caba.

Ora, se é factível compreender, como propõe Kellehear, a longa história da mudança nos costumes, práticas e discursos face à morte como transformações suscitadas por uma necessidade mais premente de controle — social e psíquico — da experiência de morrer, também é factível dizer que a emergência histórica de organizações como o DMD, ainda que inovadoras em suas propostas e pertencentes a uma outra constelação social e simbólica, se insere na esteira desse mesmo processo de longo alcance e duração, mediante o qual experiências de morte passaram a depender cada vez mais de técnicas específicas de domesticação e domaço, como o controle do tempo de morrer. Nesses termos, a “morte contemporânea” seria a expressão dessa mesma mentalidade, ainda que transmutada em novos atores, valores e práticas.

Mas, qual é o tempo certo de morrer? Quando esse tempo de fato chega? Pacientes que buscam acelerar a morte frequentemente apontam razões que estão para além do aspecto físico de sua situação, como sofrimento de ordem emocional ou sentir-se impotente. Essa afirmação encontra seu fundamento também na pesquisa de Seale (apud KELLEHEAR) com idosos holandeses favoráveis à eutanásia, para os quais o sofrimento e a dependência justificariam percepções de que morrer mais cedo seria melhor. Podemos perceber isto na citação abaixo, do DMD:

A menudo las razones son de índole existencial: el reconocimiento de que sus vidas han perdido todo significado, preocupación en cuanto a que se han convertido en una carga excesiva para sus seres amados, el deseo de evitar una larga agonía o tensión a causa del tiempo y dinero que se está “desperdiciando” para prolongar sus vidas, que de cualquier forma van a terminar pronto (52, p. 17).

Ora, ainda que a noção de morte programada se construa mediante tal juízo de “*índole existencial*” e que na base deste coabite noções acerca de um tempo adequado de morrer, fato é que, atesta Kellehear, o *timing* certo da morte, antes de ser um arbítrio meramente privado — impregnado de “psicologismo individual” —, se constrói, na realidade, a partir de uma avaliação que *sincroniza o aspecto social com o biológico da morte*. Que seria esse “aspecto social” da morte? Para o sociólogo australiano, se trata de experiências de irrelevância interpessoal, rejeição, marginalização na senectude (2016, p. 435). É esse medo da morte social — que poderíamos talvez denominar também de “morte selvagem” — que está na base da percepção de

que morrer mais cedo é melhor, ou, se isto não for possível, que é preciso controlar o tempo de morrer e escapar voluntariamente a tal ordem de coisas.

Para Kellehear, os estudos sobre o *timing* de morrer devem inevitavelmente lidar com a dimensão mais propriamente sociológica da noção, que concentra seu foco de análise não tanto nos juízos particulares do enfermo sobre sua vida, mas no quanto estes juízos estão baseados na maior ou menor qualidade de suas *relações sociais* – isto é, sua dimensão interpessoal e relacional, associada ao medo do abandono, da marginalização e da morte solitária. Em outras palavras, juízos individuais acerca de um tempo certo de morrer somente são construídos, antes de qualquer coisa, com base nos *juízos de valor* a respeito da importância da pessoa enferma para os demais – “*preocupación en cuanto a que se han convertido en una carga excesiva para sus seres amados*”, diz a citação do DMD. O que ancora o sentimento de que morrer voluntariamente é preferível a viver “*uma situación indecorosa*”, como afirmou Medeleine, se não o fato de que já sou considerado, pelos demais, um “morto-vivo”?

O movimento analítico operado por Kellehear no estudo do *timing* de morrer vai do juízo pessoal do enfermo às considerações a respeito do “valor social” do morrente. Para discutir a importância/relevância de tais avaliações sociais e juízos de valor, o autor recorre a uma abordagem sociológica também da própria noção de tempo. Se, para abordar a noção de “tempo de morrer”, é preciso discutir os juízos de valor nela contidos, e nestes, aqueles que estão relacionados ao “valor social” do morrente, é fundamental, em última análise, compreender a noção mesma de tempo que mobiliza todas essas percepções. Fazendo uso da sociologia figuracional de Norbert Elias e da teoria da estruturação de Anthony Giddens, Kellehear chega à conceituação que entende o tempo não enquanto uma “ideia abstrata e neutra de duração”, mas, fundamentalmente, “como uma medida das nossas relações sociais” (Ibid., p, 436).

Ancorando-se em Elias, afirma que os seres humanos construíram a noção de tempo para atender a seus próprios fins e aos fins da sociedade. Assim, nas sociedades caçadoras-coletoras, o tempo se relacionava intimamente com as estações do ano, o sono e o movimento da caça. Nas sociedades pastoris, com o ciclo vital das plantas e dos animais. Nas sociedades cosmopolitas contemporâneas, por sua vez, o tempo relaciona-se intrinsecamente com a noção de trabalho e, em última instância, os ciclos econômicos e com as necessidades políticas da sociedade (Ibid., p, 436). Por outras palavras, nos contextos urbanos cosmopolitas, o tempo é uma maneira abreviada de se referir a considerações econômicas e políticas mais amplas. Quer dizer, nas nossas sociedades atuais, o valor social do morrente é medido, muito frequentemente, com base no valor econômico e político dos corpos.

Juízos a respeito de um “tempo certo de morrer” não escapam às significações contemporâneas presentes nessa própria noção de tempo mobilizada: “(...) a ideia de o tempo da pessoa já ter ‘passado’ é um juízo muito econômico e político” (Ibid., p. 440). Desse modo, a morte avaliada como demasiado precoce ou tardia não está relacionada a juízos referentes à idade, mas “à idade como um indicador de valor econômico e político para os outros” (Ibid., p. 441). O que Kellehear busca afirmar é que, em última instância, a utilidade econômica ou política de alguém, como na vida profissional, é o critério mais relevante da autoimagem do tempo certo de morrer. A avaliação moral que caracteriza uma morte como precoce ou tardia liga-se, assim, “aos papéis sociais que o morrente desempenha ou não na sociedade mais ampla” (Ibid.).

Por conseguinte, o envelhecimento constrange e incomoda porque, no geral, o idoso ou doente terminal não mais pode compartilhar, não pode mais portar os significantes axiológicos e morais associados à ideia de “utilidade” de uma vida humana: capacidade, produtividade, eficiência em referentes econômicos e políticos. A tendência a se recusar a entrar em período de aposentadoria é, no fim das contas, o medo da obsolescência e, numa camada mais profunda, da marginalização social advinda com tal estado. É um dado da experiência cosmopolita de adoecer e morrer ser submetido, pelos outros, à morte social. Por isso que, para esses atores sociais, conhecer o tempo certo de morrer é útil: confere poder e promete controle (NOWTONY, apud Kellehear, 2016).

Essas considerações teóricas estão em concordância analítica com aquilo discutido ao longo do último tópico, que trata de perceber nossas condutas e crenças ante ao fim da vida e morte menos como originadas por um traço “natural” do comportamento individual e mais em “linha de continuidade” com os efeitos sócio-psíquicos instilados pelo processo civilizador em seu contato com a morte – que reproduzem, na esfera cotidiana do dia a dia ou na esfera moral dos ideais almejados, um dado padrão de sentimentos e limiar de sensibilidade em íntima correlação com as barreiras civilizatórias erguidas por tal processo.

Para o que nos interessa, talvez seja interessante pontuar que, nos juízos íntimos e solitários acerca da perda de sentido da vida, avaliações quanto ao maior ou menor valor moral de minha existência talvez possua como pano de fundo não diretamente o valor econômico ou político do meu corpo, mas o peso do valor moral de se reconhecer, e ser reconhecido, enquanto uma identidade arruinada incapaz de se autogovernar, isto é, uma identidade civilizada em desaparecimento. Em vistas às tais barreiras civilizatórias, que significam, para aqueles na senectude ou portadores de sinais físicos estigmatizados, menor possibilidade de

reconhecimento e paridade participativa na vida social, *o morrer passou a ser uma forma de morte social*: uma jornada solitária e traumática rumo à marginalização, rejeição e abandono.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do presente trabalho, logramos apreender como os significados morais atribuídos a fenômenos como a morte e o morrer, ou a morte desejada e a morte temida, ainda que produzidos no tempo presente e singulares face ao contexto social e cultural atual, comportaram, em seu processo de emergência e construção, um longo processo histórico. No curso desse processo, as atitudes e crenças diante da morte se transformaram radicalmente frente ao que foi a concanetação de um conjunto de fenômenos e acontecimentos, das ordens as mais diversas, cujo desenvolvimento denotaram à morte e aos moribundos uma mudança – persistente e duradoura – no que seria sua “sensibilidade”, sua “economia psíquica” ou, mais especificamente, “sua maneira empírica de se morrer corretamente”: falo de fenômenos como, por exemplo, a simbiose entre humanos e animais e o surgimento do morrer gradual, bem como a transmissão da herança e a continuação da “boa vida”, para a sociogênese da “boa morte camponesa”, ou secularização e profissionalização da sociedade medieval, das quais deriva a “morte bem administrada” da Idade Média, ambas fundamentais enquanto “condição de possibilidade” para a emergência histórica de organizações que, hoje, colocam-se à frente do desafio contemporâneo de “programar o morrer”, torná-lo “belo”, “edificante”, “digno”.

O estudo do morrer contemporâneo do ponto de vista de sua historicidade, daquilo que, sendo duradouro, imprime seus efeitos de persistência mesmo em face do novo ou inovador, é ponto de inflexão frente à obsessão moderna de nos apresentarmos, a nós e aos demais, como distintos e individuais – aliás, de construirmos nossa própria autoimagem como “modernos”, que deixaram para trás a ressaca cultural de povos antigos e “primitivos”. Bem, nossa história e conduta no morrer evidenciam que, na superfície dos juízos cotidianos que alimentam nossas representações privadas e coletivas, um *desconhecimento* foi levado à termo, associado à “ocultação cuidadosa” da maré da história e de como a herança cultural de povos antigos e longínquos fluem e refluem em cada personalidade individual, em cada significação íntima atribuída ao morrer, ao luto, à morte.

É frente ao objetivo de nos afastarmos dessas imagens e juízos que o presente trabalho foi desenvolvido. Com efeito, seu intuito foi mostrar que, se quisermos fazer jus à grandeza moral, relevância social e necessidade cultural de organizações como a “*Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente*”, inevitavelmente precisamos passar em revista a longa,

instigante e complexa história do comportamento humano no morrer, da qual o DMD é uma espécie de espelho, expressão. Os estilos de conduta observados no processo da morte digna não são passíveis de apreensão analítica se não dispostos como de frente ao exame “grande-angular” da história – mais ampla e antiga – do morrer, cujos modelos contam como os desafios do viver de populações camponesas e medievais chegaram até nós, milhares de anos depois, na forma de condutas, crenças e representações que moldaram nossa forma de experienciar o fim da vida, ou de viver enquanto a morte não nos submergir. Influências e heranças que, por mais relevantes que sejam para nossa atual configuração social e simbólica, são hoje tão sutis e íntimas que pouco lhe notamos a existência.

A primeira parte do trabalho foi dedicada a esse fim. Ao longo de sua elaboração, durante a qual estive em contato com um enorme volume de dados etnográficos, antropológicos e culturais dessa longa história do morrer, me orientei por um olhar analítico que, embora concentrado na singularidade do DMD, na especificidade de suas noções de moralidade e de como estas levaram à cabo uma mudança no significado moral da morte, estivesse, ainda assim, atento à ampla influência e ascendência dos remotos estilos e modelos camponeses e medievais de morte para gênese histórica e construção dessa organização. Em outras palavras, para apreender o momento presente foi preciso estudar o passado, entender como aconteceu a construção do significado moral da boa morte e da morte selvagem ao longo da história para melhor entender quais heranças culturais levaram o DMD à criação e elaboração de uma “pedagogia”.

Para este fim, os pressupostos sociológicos e analíticos elaborados por Allan Kellehear (2016) para o estudo do morrer foram fundamentais, especialmente aqueles que apreendem o surgimento e desenvolvimento de novos modelos de morte por meio de uma abordagem que se concentra nos aspectos econômicos, culturais, epidemiológicos e psicológicos *herdados* de tradições passadas. Foi partindo dessas premissas que o recurso aos modelos de morte selecionados, camponês e medieval, se apresentou quase como que “natural”. Do primeiro, herdamos a noção de que o morrer deve ser *preparado* e *organizado* a fim de que se torne “bom”, e, mais fundamentalmente ainda, que esse agir preparatório deva se orientar segundo valores socialmente sacralizados: o morrer se torna “bom” ou se “dignifica” quando, nas atitudes e discursos perante este evento, predominam os valores e ideais morais que, *face à vida*, a tornam boa e desejável. Essa compreensão se tornou especialmente fecunda para pensar como, nos significados atribuídos à boa morte pelos membros do DMD, predomina a valorização de aspectos que, *face à vida*, a tornam “digna”, como a independência, a autonomia, a produtividade, o controle dos acontecimentos, a dignidade. Como pensou Freire de Sá, a

defesa da morte digna, desse ponto de vista, pode ser entendida como uma proposta cujo *Leitmotiv* é, na realidade, o direito de viver dignamente até o fim⁵³.

Por outro lado, a pedagogia da boa morte defendida pelo DMD herdou do ideal da morte bem administrada medieval a noção de que essa preparação, advinda das sociedades camponesas, deva acontecer com profissionais especializados, em especial com um médico. A entrada em cena da velhice biológica e o subsequente aparecimento das doenças degenerativas, como o câncer, denotaram ao morrer belo e edificante camponês significações inteiramente novas, para as quais a preocupação com o bem-estar físico e corporal, e não apenas comunitário e espiritual, transformaram a experiência resignada e fatalista em outra, por sua vez transgressora e violenta, da qual a percepção da morte como fenômeno selvagem é a expressão mais importante. O surgimento das significações selvagens e dramáticas da morte, próprias desse contexto sócio-epidemiológico, fez brotar as condições necessárias para o aparecimento de uma conduta específica e singular ante ao morrer, a qual o DMD também subscreve: o *controle* e *domação* da morte selvagem, aqui trabalhados enquanto conduta histórica predominante de administração e enfrentamento da morte ao longo dos últimos séculos.

Essa compreensão última acerca das sucessivas transformações nas condutas e imagens diante da morte, e os sentidos para os quais apontam, tornaram o recurso à sociologia do processo civilizador presente em Norbert Elias inevitável. Coerente com os dados sócio-antropológicos observados na reconstrução histórica dos estilos de morte em Kellehear, a noção de civilidade mobilizou todo o processo analítico e explicativo que se debruçou sobre o aparecimento histórico da morte selvagem e, mais fundamentalmente, da domesticação da morte e corpo selvagem enquanto conduta predominante no enfrentamento do morrer atroz. Que isso aconteceu no interior de um processo com vários séculos de duração é atestado por distintos observadores sociais, como Elias e Kellehear, cada qual destacando elementos coerentes com seus esquemas analíticos: o primeiro, um efeito do processo civilizador, o segundo, efeito da secularização e perda das cosmologias simbólicas de apoio. Restava saber, em última instância, como isso aparecia no DMD, razão que motivou uma investigação do “aparato moral” da morte digna prescrita pela organização.

Se percebida a partir de tais referenciais socioteóricos, a produção contemporânea da boa morte “desliza” das abordagens analíticas tradicionais, centradas, por exemplo, na análise da noção de *persona*, cujo trabalho analítico se debruça sobre a produção de ideais de sublime na experiência da morte, como a dignidade e suas relações com a crença na sacralização da

⁵³ Ver SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. **Autonomia para morrer:** eutanásia, suicídio assistido e diretivas antecipadas de vontade. Belo Horizonte: Del Rey, 2012.

pessoa⁵⁴, para uma outra, de sabor eliasiano, que se concentra no estudo do patamar de embaraço e limiar de sensibilidade na experiência de morrer, naquilo que, gerando incômodo, vergonha e constrangimento, pode ser signatário de um desejo pela morte voluntária. Essa percepção abriu margem para o estudo da adesão à noção de civilidade no ideário contemporâneo da boa morte, que se concentrou, em síntese, em dois focos de análise: por um lado, o estudo dos núcleos de sentido da morte como experiência vexaminosa, percebendo fenômenos como, por exemplo, a produção de sentimentos majoritariamente ruins e nefastos frente à degradação do corpo – pelo próprio moribundo e pela sociedade em geral; por outro, tomando como pano de fundo o pressuposto do aumento socialmente instilado nas técnicas e dispositivos de controle e domesticação do morrer selvagem, o estudo da pedagogia da boa morte, trabalhada enquanto modalidade de *privatização* deste controle pelo próprio indivíduo enfermo.

A noção de *privatização* da experiência de morrer, advinda de Kellehear, foi aqui algo modificada em razão ora do contato com a teoria eliasiana, ora do confronto com os dados empíricos colhidos juntos ao DMD. De Elias, me pareceu fundamental resgatar a compreensão acerca do “sentido” das mudanças sócio-psíquicas levadas à termo pelo processo civilizador: no curso desse processo, controles sociais são lenta e gradualmente internalizados sob a forma de lógicas de autocontrole, o aumento socialmente instilado do *autocontrole* psíquico-pulsional, a *autonomização* das esferas de controle pelo próprio indivíduo. Face ao DMD, essa compreensão ganhou uma “materialização” quando, nos discursos em defesa pela morte com dignidade, predominava, em segundo plano, demandas pelo controle individual do processo decisório característico da morte.

Isso significou, em outras palavras, que o percurso rumo à morte desejada, isto é, as formas socialmente instituídas para o controle do morrer selvagem, mudou de sentido: se antes uma parceria entre enfermo e comunidade num leito de morte ancorado em cosmologias religiosas ou entre enfermo e médico num leito de morte medicalizado, passou a depender, com a emergência de organizações como o DMD, *do próprio indivíduo enfermo*, que elegeu demandas e direitos associadas ao controle individual e soberano do processo terapêutico em específico, como a modalidade de intervenção é coerente com seus valores, e do processo de morte em geral, expresso nas prerrogativas pelo controle do tempo de morrer, das diretivas

⁵⁴ Ver cap. II, JOAS, Hans. **A sacralidade da pessoa**: nova genealogia dos direitos humanos. São Paulo, Editora Unesp, 2012.

antecipadas da vontade, das ordens de não reanimação, do controle dos sintomas físicos, do destino do corpo.

Desse modo, a pesquisa concretizou a análise do problema sociológico proposto, com sua orientação teórica, epistemológica e metodológica específica, bem como os objetivos elencados. Mais especificamente ainda, me permitiu acessar uma camada mais profunda de percepção e compreensão do fenômeno: a conquista da morte boa e digna, rumo à experiência edificante de morrer com dignidade, ou a sua falha, rumo à experiência selvagem e transgressora de morrer, dependem não tanto das nossas conquistas tecnológicas, dos recursos biotecnológicos investidos. A morte digna, antes de uma conquista médica, é uma conquista moral. O morrer como experiência indigna não é uma falha das tecnologias médicas de suporte à vida, e sim uma falha moral e social associada aos déficits de assistência, apoio, reconhecimento, consideração, respeito e afeto em direção às pessoas velhas, moribundas, portadoras de signos estigmatizados.

Casos como o de Inmaculada e Ramón Sampedro continuarão a existir enquanto a prioridade médica e laboratorial for a busca de novos tratamentos e curas para sofrimentos que, na realidade, são de ordem moral, do fato de morrerem sem apoio da comunidade, solitários, desconsiderados, vítimas da marginalização e obsolescência social. *A morte digna ou indigna nunca foi um desafio exclusivamente médico: é uma questão de reciprocidade social*, muito escassa em espaços de sociedades ancorados na supervalorização da riqueza, da juventude, da beleza, e na reprovação civilizada da dependência, decadência, enrugamento, agrisalhecimento, adoecimento, tão inevitáveis aos processos biossociais do envelhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIÈS, Philippe. *História da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977.

_____. *O Homem diante da Morte*. São Paulo: Editora Unesp, 2014.

BRITO, António José dos Santos Lopes de; RIJO, José Manuel Subtil Lopes. *Estudo jurídico da eutanásia em Portugal: direito sobre a vida ou direito de viver?* Coimbra: Almedina, 2000.

BATISTA, Rodrigo Siqueira. A boa morte a luz da ética para todos os seres: o lugar da compaixão laica. In: PEREIRA, Tânia da Silva; MENEZES, Rachel Aisengart; BARBOZA,

Heloisa Helena (org.). *Vida, morte e dignidade humana*. Rio de Janeiro: GZ Editora, 2010. p. 341-362.

CAMPI, Sandra. O valor intrínseco da vida e autonomia: reflexões sobre a eutanásia. Dissertação (Mestrado em filosofia). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

CELLARD, André. In: *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

DADALTO, Luciana. A necessidade de um modelo de Diretivas Antecipadas da Vontade para o Brasil: estudo comparativos modelos português e franceses, in: REVISTA M. Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 443-460, jul./dez. 2016.

DURKHEIM, Émile. *Da divisão do trabalho social*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

_____. *O Suicídio*. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____. *As formas elementares da vida religiosa*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

EVANS-PRITCHARD, E.E. *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

ELIAS, Norbert. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2001.

_____. *O processo civilizador*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., vols. 1 e 2, 2011.

_____. *Escritos & Ensaaios*, v. 1, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006

FOUCAULT, Michel. *Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017.

_____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

GLASER, Bernard. STRAUSS, Anselm. *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine, 1965.
 _____. *Time for Dying*. Chicago: Aldine, 1968.

GODINHO, Adriano Marteleto. *Eutanásia, ortotanásia e diretivas antecipadas de vontade: o sentido de viver e morrer com dignidade*. Curitiba: Juruá, 2016.

GONÇALVES, Rogério Magnus Varela; MASCARENHAS, Igor de Lucena. A dificuldade no reconhecimento da eutanásia enquanto direito humano. *Direito e Desenvolvimento*, v. 7, p. 190-208, 2016.

GONÇALVES, José Pedro Rodrigues. A morte na Unidade de Terapia Intensiva: um estudo de caso. Dissertação (Mestrado em sociologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

GORER, Geoffrey. *The ponography of death*. Disponível em:. Acesso em 11/09/2020.

GROULX, Lionel-Henri. Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social. In: *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2014.

JOAS, Hans. *A sacralidade da pessoa: nova genealogia dos direitos humanos*. São Paulo, Editora Unesp, 2012.

KELLEHEAR, Allan. *Uma história social do morrer*. São Paulo: Editora Unesp, 2016.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer*. Rio de Janeiro: Editora Martins Fontes; 1985.

LIMA, Andrei Ferreira de Araújo. Dignidade da pessoa humana e autonomia da vontade: um estudo interdisciplinar sobre os limites éticos e jurídicos nos casos de eutanásia. Dissertação (Mestrado em Direito). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

LEMIEUX, Cyril. Problematizar. In: *A pesquisa sociológica*. Serge Paugam (Org.) Petrópolis: Vozes, 2015.

MAUSS, Marcel. *Sociologia e antropologia*. Vol. 2. São Paulo: EPU/EDUSP, 1974.

MARINHO, Oliveira Suely. Cuidados paliativos e práticas de saúde: um estudo sobre a gestão da morte na sociedade contemporânea. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MARTÍNEZ, Fernando Rey. *Eutanasia y derechos fundamentales*. Madrid: Tribunal Constitucional – Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2008.

MINOIS, Georges. *História do suicídio: a sociedade ocidental perante a morte voluntária*. São Paulo: Unesp, 2018.

MENEZES, Rachel Aisengart. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Editora Garamond, 2004.

MOREIRA, Diogo Luna. A morte como expressão da autonomia no contexto do direito contemporâneo, in: REVISTA M. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 194-212, jan./jun. 2016.

OTHERO, Jairo Constante Bitencourt. A terminalidade humana assistida em ambientes de alta tecnologia médica: a natureza da morte na experiência humana, o diagnóstico médico e a boa morte. Tese (doutorado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Filosofia, 2016.

PESSINI, Leo. *Eutanásia: por que abreviar a vida?* São Paulo: Edições Loyola, 2004.

ROSATI, MASSIMO; Weiss, Raquel. Tradição e autenticidade em um mundo pós-convencional: uma leitura durkheimiana. *Sociologias (UFRGS)*, v. 17, p. 110-159, 2015.

SIQUEIRA-BASTISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. *CienSaudeColet*2009; 14(4):1241-1250.

SONEGHET, Lucas Faial. Leituras Elementares da Vida Acadêmica – Estudos Sobre a Morte e o Morrer. Disponível em <<https://blogdolabemus.com/2020/05/11/as-leituras->

elementares-da-vida-academica-estudos-sobre-a-morte-e-o-morrer/>. Acesso em 11/09/2020.

SUDNOW, David. *Passing On: The Social Organization of Dying*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1967.

STEINER, Philippe. *A Sociologia de Durkheim*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016

THOMAS, Louis-Vincent. *Anthropologie de la mort*. Paris: Payot, 1975.

TREMBLAY, Marc-Adélar. *Initiation à la recherche dans les sciences humaines*. Montreal: McGraw Hill, 1968.

WALTER, Tony. *The Revival of Death*. Londres: Routledge, 1994.

WEISS, Raquel. *Émile Durkheim e a Fundamentação Social da Moralidade*. Tese (Doutorado em Filosofia). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.