



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

ASSISTÊNCIA AO DOENTE MORIBUNDO NO SÉCULO XVIII

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde
da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos

por

Ana Filipa Ladeira Félix da Costa

Abril de 2012



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

ASSISTÊNCIA AO DOENTE MORIBUNDO NO SÉCULO XVIII

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde
da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos

por

Ana Filipa Ladeira Félix da Costa

Sob orientação da Professora Doutora Margarida Vieira

Abril de 2012

Esta dissertação foi elaborada de acordo com a antiga ortografia

RESUMO

Os cuidados paliativos visam proporcionar acompanhamento e assistência aos doentes em sofrimento quer estes tenham ou não possibilidade de cura e pretendem assegurar que os doentes em fim de vida não sejam incorrectamente tratados e votados a um sofrimento indesejável e intolerável.

Apesar do conceito de cuidados paliativos ser relativamente recente, houve desde sempre tradição de assistência aos doentes moribundos com raízes mais antigas, tal como se pode verificar em documentos e textos publicados no passado.

No século XVIII e apesar das limitações existentes próprias da época em si e do estado de desenvolvimento do conhecimento, já eram notórias as preocupações para com aqueles que sofriam e se encontravam em situação de morte eminente. Nesta altura, o processo de morrer sucedia em regra na própria casa, na cama, sendo um acto público, organizado, com um protocolo conhecido, a que o moribundo presidia. A morte era algo familiar e morria-se sem medo nem desespero, resignado e confiando em Deus ao contrário do conceito actual de morte medicalizada e hospitalizada dos nossos tempos em que esta passa a ser ocultada e dissimulada junto do moribundo.

Apesar da evolução histórica e científica, ainda se procura nos dias de hoje encontrar no passado aquilo que de boa prática era concretizável e com os conhecimentos e evoluções actuais promover os melhores cuidados e assistência àqueles que deles necessitam.

Palavras-chave: cuidados paliativos; moribundo; assistência; morte

ABSTRACT

Palliative care aimed at providing monitoring and assistance to patients suffering or not they want the possibility of healing and want to ensure that patients in end of life are not correctly treated and voted on an undesirable and unacceptable suffering. Although the concept of palliative care is relatively recent, there has always been the tradition of care for patients dying with older roots, as can be seen in documents and texts published in the past.

In the eighteenth century and despite the limitations of the time you own and the state of knowledge development, the concerns were already well-known to those who suffered and were in a situation of imminent death. At this point, the process of dying usually happened at home, in bed, being a public act, organized, with a known protocol, which presided over the dying. Death was something familiar and died without fear or despair, resigned and trusting in God, unlike the present concept of medicalized death and hospitalized of our times that this happens to be hidden and disguised with the dying.

Despite the historical evolution and science, is still being sought today in the past to find what was achievable good practice and knowledge with current developments and promote the best care and assistance to those in need.

Key-words: Palliative care; dying person; assistance; death

AGRADECIMENTOS

Estou consciente de que a realização deste trabalho de investigação seria difícil, ou mesmo não seria possível, sem um grande empenho e abnegação pessoal e para o qual também contribuíram a dedicação e os esforços de muitos, a quem gostaria de retribuir deixando algumas palavras de agradecimento.

A minha gratidão e apreço, em particular à Professora Doutora Margarida Vieira, pela mestria com que me orientou, pela paciência demonstrada, pela eficiência das respostas quando o tempo urgia e também pelo “reforço positivo”, que me motivou ao longo do desenvolvimento do trabalho.

Um agradecimento muito especial aos meus Pais, Família, Amigos e Colegas, pela compreensão e apoio que demonstraram nos momentos mais difíceis, pelo suporte emocional, pelo apoio logístico e, acima de tudo, também pelos dias em que foram privados da minha companhia e disponibilidade.

À Elisabete, parceira de todas as horas, pela partilha de dúvidas, inseguranças e incertezas ao longo deste último ano na realização deste trabalho.

A todos aqueles que de alguma forma, contribuíram para levar a bom termo o desenvolvimento e exploração da temática em estudo, o meu muito obrigada.

“A crença de que originalmente Deus criou o homem para a vida e a eterna felicidade, fundamenta a esperança na transcendência da vida e a disposição de manter a graça do sopro de vida no Ser Humano para sempre. A morte foi introduzida na vida como ocorrência do ciclo biológico: nascer, crescer, desenvolver-se e encaminhar-se para o declínio. É a curvatura que acompanha a finitude, a limitação de cada ser criado que amanhece, desperta cheio de viço, fenece e seca. No entanto, o amor de Deus é infinito e permite ao Homem uma oportunidade de ser feliz para sempre após a missão nesta vida”.

Claricia Thomas (1999)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

Ed. – Edição

Nº - Número

Pág. – Página

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUÇÃO.....	9
2. ASSISTÊNCIA AOS DOENTES: UMA PRÁTICA DE SEMPRE.....	12
2.1 Origem da prática de cuidados.....	14
2.2 Período da Era Cristã.....	15
2.3 Idade Média.....	16
2.4 Período Crítico.....	19
2.5 Reforma de Nightingale.....	20
2.6 Enfermagem em Portugal.....	21
3. O SÉCULO XVIII: CONSOLIDAÇÃO DAS AQUISIÇÕES MÉDICAS E CARACTERIZAÇÃO DA ÉPOCA.....	25
3.1 As instituições hospitalares	26
3.2 Higiene e saúde pública	27
3.3 A medicina e a cirurgia	28
3.4 A assistência e os cuidados de enfermagem	30
4. A ASSISTÊNCIA AOS DOENTES MORIBUNDOS NO SÉCULO XVIII...32	
4.1 Cuidar a pessoa em fim de vida.....	32
4.2 A explicação da doença e as funções da assistência.....	36
4.3 A assistência espiritual ao doente moribundo.....	39
5. CONCLUSÃO.....	43
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	46

1. INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos foram definidos em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “cuidados dirigidos a doentes e familiares que se encontram perante uma doença activa e progressiva que ameace a continuidade da vida, tentando prevenir e aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida”.

O objetivo dos Cuidados Paliativos consiste em oferecer o tratamento eficaz para os sintomas de desconforto que podem acompanhar o doente sejam eles causados pela doença ou pelo tratamento. Em nenhum momento se pretende deixar de cuidar ou só cuidar nos últimos momentos de vida.

Paliativo é uma palavra de origem latina (*pallium*) que significa manto, cobertor. Diz-se daquilo que tem a qualidade de acalmar temporariamente um sinal ou uma dor (Barbosa, Valente, & Okay, 2001). Portanto, cuidados paliativos são os cuidados de proteção que melhoram a qualidade de vida dos doentes, pois pretendem diminuir o sofrimento que doença pode trazer.

A OMS estabeleceu os princípios que regem os cuidados paliativos: atuar nas necessidades do doente e da sua família, comprometendo-se a avaliar e tratar os sintomas físicos de desconforto que possam causar sofrimento e piorar a qualidade de vida. Ao mesmo tempo em que trata os sintomas da dimensão física, orienta-se no sentido de avaliar e cuidar das necessidades emocionais, sociais, familiares e espirituais da pessoa e da sua família, respeitando as suas crenças e valores. Tratando-se de um cuidado integral e holístico, devem incluir na sua assistência as múltiplas dimensões do ser humano tais como as dimensões física, emocional, social, familiar e espiritual.

A OMS explicita que “O cuidado paliativo reconhece o valor da vida e olha a morte como um processo normal; não apressa nem adia a morte, trata com eficácia a dor e o sofrimento, integra os aspectos psicológicos e espirituais do cuidado de saúde e oferece um sistema de apoios para que o doente viva tão activo quanto possível até à morte”.

A meta dos cuidados paliativos é alcançar o máximo possível da qualidade de vida dos doentes e das suas famílias. Muitos aspectos destes cuidados são aplicáveis às fases precoces da doença, em conjunto com o tratamento curativo (Twycross, 2000).

Desde sempre e ao longo da história da humanidade, houve pessoas com espírito de serviço disponíveis para assistir aqueles que necessitavam de cuidados e cuidar pessoas em fim de vida foi prática corrente ao longo da evolução do mundo, muito antes da existência do conceito “cuidados paliativos”.

Apesar das limitações de conhecimentos científicos e técnicos relativas ao período histórico em estudo, aliviar o sofrimento do outro e ajudá-lo a morrer em paz era essencial para aqueles que prestavam assistência aos moribundos.

O conceito de assistência tem origem no verbo assistir que é sinónimo de ajudar, auxiliar ou socorrer os mais necessitados. A grande marca da assistência é a caridade, característica daquele que se solidariza com o sofrimento alheio e procura, dentro das suas possibilidades, ajuda-lo a vencer essa dor. A assistência prestada pelos enfermeiros ao doente enfermo depende para além do conceito de saúde e de doença, dos sentimentos de humanidade que nos levam enquanto seres humanos a servir o nosso semelhante, principalmente quando este se encontra sofredor e incapaz de prover às próprias necessidades. Segundo Margarida Vieira, “...Cuidar, mais do que um saber científico, uma acção técnica ou uma relação interpessoal, deve ser um imperativo moral que fundamente o exercício da Enfermagem na defesa e preservação da dignidade da pessoa que, como enfermeiros cuidamos” (Vieira, 1995).

É objectivo deste trabalho tentar perceber de que forma era prestada no século XVIII a assistência ao doente moribundo e que acções eram tomadas com esse objectivo; acções essas baseadas na obra e no progresso humanos ao longo dos séculos, sob o aspecto de auxílio ao seu semelhante.

Durante a realização deste trabalho tive sempre presente que a investigação deve ser reconhecida pela Enfermagem como uma forma de ampliar o conhecimento científico fundamental para a sua prática, na medida em que o Enfermeiro investigador adquire conhecimentos essenciais para a tomada de decisão na prestação de cuidados ao outro que deles necessita.

Ferro (Collière, 1985) refere que, a compreensão do mundo actual exige o conhecimento da história e que se esse passado for analisado e confrontado com o tempo presente pode-se identificar sobrevivências e rupturas”. A realização de um trabalho de investigação baseado na revisão da literatura de trabalhos históricos vai contribuir através do conhecimento da trajectória que a assistência aos doentes moribundos naquilo que foram os primórdios dos cuidados paliativos, percorreu ao longo da história, para que compreendendo o passado possamos avançar na construção de melhores cuidados no futuro.

2. ASSISTÊNCIA AOS DOENTES: UMA PRÁTICA DE SEMPRE

Os cuidados paliativos modernos e a sua história remontam à década de sessenta do século XX com a fundação do Hospício de S. Cristóvão em Londres por Cicely Saunders¹ apesar da origem do movimento “hospice” remontar ao século IV.

A palavra francesa “hospice” é tradução do vocábulo latino *hospitium*, cujo significado é “hospedagem, hospitalidade” e traduz um sentimento de acolhimento. Naquela época, o *hospitium* significava tanto o local como o vínculo que se estabelecia entre as pessoas. (Abu-Saad & Courtens, 2001).

Fabíola, matrona romana, no século IV, colocou a sua casa à disposição para os carentes, praticando a caridade cristã, oferecendo alimentos, vestindo os nus e acolhendo os estrangeiros além de visitar os doentes e os prisioneiros dando origem ao movimento “hospice” (Twycross, 2000).

No século VI, os beneditinos acolhiam e cuidavam de monges e peregrinos cansados e exaustos. Gradativamente foram acolhendo também os doentes. Nos “hospices” religiosos, as pessoas que não tinham a possibilidade de cura recebiam cuidados básicos de alimentação e conforto, aliados aos cuidados espirituais (Abu-Saad & Courtens, 2001). Portanto, antigamente o “hospice” representava um lugar de descanso para viajantes ou peregrinos. Posteriormente o tema foi relacionado aos hospitais, conventos e asilos. Hoje, hospice mais do que um lugar é um conceito. É todo um conjunto de

¹ Cicely Saunders começou sua carreira profissional como enfermeira e assistente social. Depois estudou medicina, para, segundo ela mesma, “cuidar bem dos doentes terminais, esquecidos pelos médicos tradicionais”. Ela é reconhecida como a fundadora do movimento moderno de Hospice. O St. Christopher’s Hospice por ela fundado em 1967 foi o primeiro hospice que numa visão holística da pessoa humana e cuidados integrados ligou o alívio da dor e controlo de sintomas, com cuidado humanizado, ensino e pesquisa clínica. Essa nova filosofia de cuidados direccionados aos doentes fora de possibilidades terapêuticas influenciou muito os cuidados em saúde em todo o mundo, bem como gerou novas atitudes em relação à morte, ao morrer o período do luto. Aos 87 anos, no dia 14 de Julho de 2005, Cicely Saunders despedia-se da vida, no St. Christopher’s Hospice, por ela fundado em 1967. No dizer de Barbara Monroe, directora administrativa do St. Christopher’s Hospice, “A visão e o trabalho de Cicely Saunders transformou o cuidado dos que estão a morrer e a prática da medicina no Reino Unido e no Mundo”

Fonte: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2041/pgs/materia%2021-41.html>

ações destinadas a proporcionar conforto e assistência a um enfermo com expectativa de vida de semanas ou poucos meses; um programa organizado para “um cuidado melhor para os viajantes cansados que começaram a última viagem” (Coelho & Almeida, 2010).

Em Portugal, a introdução dos cuidados paliativos foi bastante mais tardia mas é importante assinalar que existe uma tradição de assistência os doentes moribundos com raízes mais antigas. No século XVI, Amato Lusitano aconselhava tratamentos dirigidos ao alívio dos sintomas nos doentes incuráveis. Também no século XVI, no Hospital de todos os Santos, houve um anexo no Poço do Chão, destinado a 16 doentes incuráveis. No início do século XIX, os padres de S. Camilo prestam, em Lisboa, assistência religiosa, mas também corporal, aos moribundos.

Além de todas estas referências relacionadas com o cuidado aos moribundos, desde sempre a Enfermagem se sustentou nos cuidados desenvolvidos aos outros e neste sentido, tal como sistematiza Collière “essa prática seja tão antiga como a própria Humanidade” (Collière, 1985).

O Ser Humano tem necessidade de cuidados ao longo do seu ciclo de vida; quando ainda não é capaz de cuidar de si próprio logo após o nascimento e primeiros anos de vida, quando se torna incapaz durante algumas etapas transitórias tais como gravidez ou doença ou em situações definitivas de incapacidade e fase final da vida. Esta condição de fragilidade da espécie determinou que sempre houvesse necessidade de cuidados sendo essa prática tão antiga como a própria ancestralidade do Homem.

Ainda de acordo com Collière, os cuidados de enfermagem na idade antiga não pertenciam a um ofício e muito menos ainda a uma profissão. Diziam respeito a qualquer pessoa que ajudava qualquer outra a garantir o que era necessário para a sua sobrevivência: “ desde que surge a vida que existe cuidados porque é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer” Collière (1989).

2.1 Origem da prática de cuidados

Dado o conjunto de preconceitos e estereótipos de natureza filosófica e de metodologia da história, pré-história, antropologia e outras ciências que dificultam a visão do passado, é difícil seguir os rastros daquilo que foram os primórdios da Enfermagem.

Através dos estudos das sociedades pré-históricas é possível perceber que as práticas de saúde instintivas foram as primeiras formas de prestação de assistência. Numa primeira fase da evolução da civilização, estas acções garantiam ao homem a manutenção da sua sobrevivência, estando na sua origem associadas ao trabalho feminino, caracterizado pela prática do cuidar nos grupos nómadas primitivos. Enquanto os homens iam à caça, eram as mulheres que se ocupavam de assistir e tratar os doentes ou enfermos, pessoas carenciadas de cuidados de higiene e alimentação, havendo sempre algum que, por experiência ou dote pessoal, era detentor do conhecimento empírico necessário para aconselhar no caso de alguém adoecer, e mesmo, intervir no sentido de alterar a situação problema (Pedrosa, 2001).

Mas a mais profunda raiz da enfermagem é religiosa, mesmo estando muitas vezes oculta sob a panóplia de instituições próprias de impérios, reinos e repúblicas que gerem o mundo comunitário (Cunha-Oliveira, 1989). As práticas de saúde mágico-sacerdotais abordavam a relação mística entre as práticas religiosas e de saúde primitivas desenvolvidas pelos sacerdotes nos templos que durante muitos séculos foram simultaneamente locais de culto e de recuperação da saúde, ou seja, o cuidado ou a manutenção da saúde permaneciam funções de cariz religioso. Os templos-termas e os templos lugares de repouso passaram, assim, do Antigo Egipto à Grécia clássica, desta aos primeiros Hospitais de inspiração cristã, destes aos hospitais muçulmanos e assim por diante, sempre num contexto próprio da religião e das crenças dominantes (Pedrosa, 2001).

A enfermagem radica no altruísmo comum a todos os povos, nas respectivas formulações religiosas, no compadecimento perante o mal-estar e o sofrimento do nosso semelhante, ou seja na misericórdia – isto é, a capacidade de ter o coração sensível perante a miséria. O judaísmo, o cristianismo, o islamismo e de um modo geral todas as religiões aceitam como obras de misericórdia praticamente o mesmo tipo de atitudes

perante o semelhante em dificuldade: os órfãos, viúvas, desprotegidos da sorte, os enfermos, os estropiados, os desamparados e os peregrinos (Pedrosa, 2001).

É com o Cristianismo que a natureza dos cuidados tomou uma outra dimensão. Segundo Dolan et al. (Vieira, 2009, p.14), os ensinamentos e exemplo de Jesus Cristo tiveram uma profunda influência no surgir de dotados líderes da Enfermagem assim como na extensão do papel dos enfermeiros. Cristo acentua a importância de amar a Deus e ao próximo. O primeiro grupo organizado surgiu como resposta directa ao seu exemplo, como veremos a seguir.

2.2 Período da Era Cristã

Com o aparecimento da doutrina cristã, os cuidados passaram a ter um carácter mais altruísta na medida em que se cuidava do outro por amor a Deus e que toma a sua expressão máxima, naquele que sofria ou que necessitava de ajuda (Donahue, 1985), para que quem cuidava conseguisse assim o perdão dos próprios pecados.

Desde muito cedo a igreja cristã assumiu o cuidado aos doentes, pobres e desfavorecidos como sendo um dever de todos através do exemplo do “Bom Samaritano”², destacando-se nessa época o aparecimento de grupos de mulheres como as diaconisas e as damas romanas que convertidas à nova doutrina, desenvolveram um

² Um estudioso da lei de Moisés, tendo ouvido Jesus falar da necessidade de amar ao próximo como a si mesmo, perguntou-lhe quem era este próximo; esta pergunta deu a Jesus a oportunidade de narrar a parábola do bom samaritano, na qual um Homem descia de Jerusalém para Jericó, tendo sido assaltado, despojado das suas vestes, espancado e no final abandonado como morto. Casualmente, descia por este caminho um sacerdote que o viu e passou adiante; Iguamente um levita, atravessando este lugar, viu-o e prosseguiu. Certo Samaritano em viagem, chegou junto dele, viu-o e moveu-se de compaixão. Aproximou-se, cuidou das suas feridas, colocou-o em cima do seu próprio animal e conduziu-o a uma hospedaria. Disse então ao hospedeiro que cuidasse dele e o que fosse gasto a mais seria pago no seu regresso. Através desta narrativa é possível apreciar o exercício da caridade desprezível, incondicional e sem limitações. O seu grande mérito consiste em fazer evidenciar aos nossos olhos que, o indivíduo que se intitula religioso e se julga virtuoso aos olhos de Deus, nem sempre é o verdadeiro expoente de virtudes que julga possuir. O sacerdote que passou primeiramente, certamente atribuía a si qualidades excepcionais e julgava-se zeloso cumpridor da lei e dos preceitos religiosos. O mesmo sucedeu com o levita. O samaritano, considerado desprezível pelos judeus ortodoxos, mas cumpridor dos seus deveres humanos, não se limitou a conder-se do moribundo. Chegou-se a ele, prestou-lhe socorro e levou-o em seguida para um lugar de repouso prontificando-se a ressarcir todos os gastos aquando da sua volta. A caridade foi ali dispensada a um desconhecido, e quem a praticou não objectivou recompensa.

trabalho caritativo e de assistência em favor dos mais necessitados, cuidando dos pobres e doentes. Assim, prestar cuidados ao outro, ou seja, a uma terceira pessoa começou por ser uma actividade desenvolvida maioritariamente por mulheres, que convertidas ao cristianismo faziam na caridade o seu caminho de santificação (Vieira, 2009, p. 14).

Foi um período que deixou como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram aos poucos legitimados e aceites pela sociedade como características inerentes à Enfermagem tais como a abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos que deram à Enfermagem não uma conotação de prática profissional, mas de sacerdócio.

Figuras ímpares como estas podem ser encontradas ao longo da história dos países cristãos, que de certa forma deram continuidade ao trabalho iniciado e, foram assim consolidando cada vez mais, essa forma de ajuda ao próximo, por um período que se estendeu até aos finais da Idade Média. Esta fase foi caracterizada por Colliere como a da identificação da prática dos cuidados com a mulher (Collière, 1985, p. 35).

2.3 Idade Média

Conservando este espírito de serviço ao próximo e de dedicação, na Idade Média surge a imagem da mulher consagrada, uma religiosa enfermeira que vai continuar a cuidar dos pobres de forma abnegada e repleta de amor cristão e que prestava também cuidados nos hospitais como instituições que eram essencialmente casas de caridade situadas nas grandes cidades e que permitiam recolher os pobres e assistir os doentes.

No entanto, a restante população de características essencialmente rurais, continuava a manter as práticas dos cuidados tradicionais.

Surgiram também as grandes ordens hospitaleiras militares, fundadas em Jerusalém, para dar resposta às condições criadas pelas múltiplas invasões, peregrinações e cruzadas, inspirando-se no hospital-hospício, estabelecimento de assistência que servia a dupla finalidade de cuidados aos doentes e acolhimento aos pobres. Nesta época, os cuidados de Enfermagem estavam centralizados nos mosteiros e quem queria servir a

Deus cuidava dos irmãos e de quem estava doente, juntando-se todos os que tivessem a mesma vocação (Vieira, 2009).

Pelas características da vida monástica, as enfermeiras religiosas não tinham capacidade de assistir grandes faixas da população, pelo que no sentido de assistir de forma mais vasta os mais humildes e desfavorecidos começaram a surgir agrupamentos de mulheres que, sem formular votos, formaram comunidades com espírito semelhante à das primeiras comunidades de diaconisas, como por exemplo as Bégúines em França e na Bélgica. (Donahue, 1985).

No século XIII, as Augustinas do Hôtel de Dieu de Paris, tornam-se o modelo das congregações hospitalares, que, tendo por base a doutrina de Santo Agostinho, influenciaram toda a concepção e prática dos cuidados. (Collière, 1985).

O movimento da fundação de Ordens e Congregações religiosas com vista à assistência aos mais necessitados, tem o seu apogeu no século XVI, onde é a própria Igreja Católica a impor o esforço de renovação (Donahue, 1985).

Como ordens religiosas masculinas mais importantes na sua dedicação à enfermagem devo destacar os Irmãos de São João de Deus (a qual abordarei mais à frente) e os Irmãos Camilianos.

São Camilo de Lellis³ fundou em Roma uma companhia de homens que prestavam socorro aos pobres doentes, sem recompensa alguma, como “voluntário por amor a Deus”, a congregação dos Ministros dos Enfermos. A sua paixão pelos doentes foi despertando à medida que ia vendo o número de pessoas doentes e poucos os preocupados em criar situações de alívio para quem tanto necessitava. Organizou um grupo de pessoas que trabalhassem por amor ao próximo e aos poucos foi-se

³ Camilo de Lellis nasceu a 25 de Maio de 1550 na província de Abruzzo em Itália. Pertencente a uma família nobre e tradicional foi militar e, pelo seu carácter, expulso da tropa. Viciado no jogo, leva uma vida profana e decadente, tendo perdido todos os seus bens. Fragilizado economicamente e a nível de saúde pediu auxílio no Hospital de Santiago, em Roma, para tratar de uma úlcera no pé direito e que o iria acompanhar toda a sua vida. Já recuperado, voltou a cair no vício do jogo, perdendo tudo. Conseguiu abrigo no Convento dos Capuchinhos, convertendo-se à vida religiosa. Em 1582 teve a primeira inspiração para a criação de uma companhia de homens que aceitassem socorrer os enfermos sem recompensa. Foi ordenado sacerdote aos 34 anos. A 18 de Março de 1586, o papa Sisto V aprova a Congregação religiosa fundada por Camilo, promovida em 1591 pelo papa Gregório XIV a Ordem Religiosa. Faleceu em Roma a 14 de Julho de 1614. Em 1886, Leão XIII declarou São Camilo, juntamente com São João de Deus, celestes protectores de todos os enfermos e hospitais católicos. O papa Pio XI, em 1930 proclamou Camilo “Protector dos Profissionais de saúde”.

preparando para ser padre para melhor ajudar a quem necessitasse. Saiu do Hospital de Santiago e foi trabalhar no Hospital Espírito Santo fazendo tudo o que pudesse para proporcionar alívio os doentes. Devido ao número sempre crescente de doentes, os hospitais tornaram-se pequenos para acolher tantos enfermos. Camilo partiu então com os companheiros para servir nas casas e foi assim que, pelo zelo e amor com que assistiam os moribundos foram chamados "os padres da boa morte". Aos poucos os camilianos foram sendo conhecidos e solicitados em diversos lugares da Itália tornando-se assim os missionários da caridade. São Camilo de Lellis é o padroeiro dos doentes, hospitais e enfermeiros. Dedicou sua vida aos enfermos e a organização de hospitais. Fundou a Ordem dos Camilianos, padres e irmãos que trabalham no campo da saúde (Fernandes, Pessini, & Sá, 2010).

Uma das mais impressionantes e interessantes organizações religiosas femininas que se dedicaram à enfermagem e que ainda se mantém na actualidade foi a das Filhas da Caridade fundada por S. Vicente de Paulo em 1633.

S. Vicente de Paulo (1576-1660) depois de constatar as enormes dificuldades da sociedade do seu tempo, marcada pelo sofrimento e miséria, organizou com Luísa de Marillac⁴, uma ordem de enfermagem onde as irmãs, fazendo apenas votos simples,

⁴ Nascida em 1591, no seio de uma família nobre, tinha três anos quando foi colocada num convento dominicano onde uma tia era religiosa. Com a morte do pai, ficou como tutor um tio; Luísa tinha então 13 anos de idade e em contacto com as Irmãs Capuchinhas Filhas da Cruz, pensou em fazer-se religiosa. A vida simples e pobre dessas religiosas, jovens e alegres, deixou-a encantada inspirando-a a fazer um voto de consagração ao serviço de Deus que acabaria por não se realizar devido a questões de saúde. Casou, mas a sua felicidade conjugal durou pouco devido à frágil saúde do seu esposo que veio a falecer em 1625 caindo Luísa numa depressão. Enquanto rezava, Luísa teve uma visão na qual se via a servir os pobres e a viver votos religiosos em Comunidade. Nesta visão, um Padre apareceu-lhe, tendo-o identificado mais tarde como sendo Vicente de Paulo, seu futuro confessor e colaborador no serviço. Em 1629, Vicente de Paulo que tinha estabelecido a Congregação da Missão (os Lazaristas) em 1625, convida Luísa para ajudá-lo nas Confrarias da Caridade nas paróquias de França. Ela realizava visitas para certificar-se da qualidade dos serviços que eram oferecidos; revisava as contas e os relatórios dos administradores e encorajava os trabalhadores e voluntários a verem Cristo nas pessoas às quais serviam. A 29 de Novembro de 1633, na sua própria casa, começou a formar algumas jovens para responder às necessidades dos pobres apoiando-se no sustentáculo da vida em comum. Destes começos humildes, nasceu a comunidade das Filhas da Caridade. Luísa dirigia e administrava esta rede de serviços em evolução permanente que Vicente e ela inspiraram. Luísa morreu em 15 de Março de 1660, alguns meses antes de Vicente de Paulo sendo proclamada Santa da Igreja em 1934. Em 1960, o Papa João XXIII proclamou-a Patrona das Obras Sociais.

inauguravam uma vida religiosa bem diferente do modelo monástico e que lhes permitia uma intervenção mais próxima dos necessitados. As Filhas da Caridade constituem possivelmente a mais extensa de todas as ordens femininas que se dedicaram à enfermagem; encarregavam-se dos hospitais, dos asilos e também do trabalho paroquial, reconhecendo-se o seu trabalho como enfermeiras que prestavam cuidados no domicílio aos pobres e doentes. S. Vicente de Paulo falava desta forma acerca da intervenção das Filhas da Caridade “o seu convento deve ser a casa dos pobres; a sua cela a câmara de sofrimento; a sua capela a Igreja da paróquia; o seu claustro as ruas da cidade e as salas do hospital” (Donahue, 1985, p. 222).

As ordens religiosas foram fundamentais na sua contribuição de regras e regulamentos hospitalares por ele descritos para as actividades dos enfermeiros, até hoje empregados na hierarquia profissional, competências, sistematização e construção disciplinar.

2.4 Período crítico

Vários autores, tais como Paixão (1979) fazem referência a um chamado período crítico na Enfermagem, decorrente da exigência de uma reforma religiosa devido à diminuição do espírito cristão. Tal período teve origem no início do século XVI, onde, segundo a mesma autora, Martinho Lutero, monge alemão, lançou o grito de protesto que valeu a ele e aos seus adeptos, assim como aos dos muitos grupos que se diferenciariam em seguida, o nome genérico de protestantes. Lutero, na Alemanha, Henrique VIII, na Inglaterra, Calvino na Suíça, foram os principais chefes que precipitaram diversas nações europeias numa reforma cujo maior ponto de contacto era sua separação da Igreja de Roma. Assim, renunciando ao Catolicismo, a Alemanha e a Inglaterra – principalmente esta última, onde a reforma foi promovida pelo próprio rei, tornando-se religião – oficial (anglicanismo) – expulsaram dos hospitais as religiosas que se dedicavam aos doentes. Não dispendo logo de nenhuma organização, religiosa ou leiga, para substituí-las, foram obrigados a fechar grande número de hospitais. Só na Inglaterra, foram mais de mil. Entre os restantes, foi preciso, da noite para o dia, recrutar pessoal remunerado para o serviço dos doentes. O serviço era pesado e com

remuneração escassa. A imagem social era tão negra que foi até retratada por Charles Dickens⁵, que caricaturou as enfermeiras de então na figura de uma mulher descuidada e mal-humorada (Donahue, 1985).

2.5 Reforma de Nightingale

Florence Nightingale viria a ser considerada a grande figura da enfermagem moderna. Filha de pais ingleses e bastante ricos, usufruiu de uma cultura superior e desde cedo demonstrou forte motivação para o cuidado aos outros. Motivada pela profunda vontade de ajudar o próximo, Florence contactou com várias instituições de assistência por toda a Europa adquirindo assim diversas competências e conhecimentos na área dos cuidados.

Teve o seu maior êxito na guerra da Crimeia, onde fez baixar a taxa de mortalidade de 42 para 2%. A 9 de Junho de 1860 cria uma escola de enfermagem anexa ao Hospital de S. Tomás em Londres segundo um sistema de formação e bases de profissionalização tendo em conta um ensino metódico e a selecção de candidatas sob ponto de vista físico, social, intelectual e de aptidão profissional (Nogueira, 1982, p. 92).

O sistema de formação de Nightingale e as suas ideias foram sendo divulgados por todo o mundo, saindo pioneiras da escola de S. Tomás para outros países fundando novas escolas com a mesma competência espalhadas pela Europa e América.

A formação em enfermagem institucionalizou-se com a reforma de Nightingale, criando-se programas de formação que são construídos em torno do papel ideológico e moral da enfermeira, tendo por base os cuidados os doentes na sua dimensão técnica.

⁵ Charles John Huffam Dickens (7 de Fevereiro de 1812 - 9 de Junho de 1870) foi um escritor inglês. Também adoptou o pseudónimo Boz no início da sua actividade literária, tendo sido um dos mais populares romancistas ingleses da era vitoriana. Autor do romance *Martin Chuzzlewit*, onde com a personagem Sara Gramp pretendeu caricaturar a enfermeira do século XV que se ocupa dos doentes nos hospitais públicos com indiferença e impessoalidade.

A partir deste período tiveram início mudanças nas práticas de assistência aos pobres e moribundos que viria mais tarde a ser potenciadora das transformações que daí adviriam.

2.6 Enfermagem em Portugal

A história da enfermagem portuguesa segue, no essencial, os passos e as vicissitudes do cuidado e do tratamento dos enfermos e necessitados, comuns à história da enfermagem de outros países.

A assistência de enfermagem em Portugal tem tradição desde o início das misericórdias e com as ordens religiosas que, oriundas de outros países, fundaram cá comunidades, definiram uma base para a enfermagem que se mantém até à actualidade tal como referido anteriormente.

No século XI e início do século XII surgem em Portugal, pela mão da Rainha D. Teresa de Leão, uma série de albergarias, destinadas, entre outros fins, a dar abrigo a peregrinos que rumavam até Compostela. A existência dessas albergarias permitem ainda hoje reconstituir velhos caminhos e estradas e imaginar que, nesses locais, pessoas cansadas, esfomeadas, por vezes doentes aí recorriam, não apenas para pernoitar, mas também para cuidar as feridas, recuperar forças e saúde. (Pedrosa, 2001)

Dois séculos depois, a Rainha D. Isabel, mulher de D. Dinis funda hospitais, albergues, casas de regeneração e orfanatos, à sua própria custa, cuidando pessoalmente da filosofia, arquitectura, regulamento e mesmo até regime dietético a que tais estabelecimentos deveriam obedecer. Fundou também “Albergarias”, com as de Azoeira, Estremoz, Odivelas e Alenquer para acomodar viajantes pobres e doentes. Criou ainda instituições para órfãos de Santarém, Lisboa, Óbidos, Leiria e Coimbra. O Hospital dos Enjeitados e Inocentes de Santarém criado em 1321, foi financiado às suas custas e nele dava sustento e ensinava ofícios às crianças abandonadas. Os idosos mereceram-lhe também um especial interesse, sendo de menção o facto de, na época, se considerar idoso quem tivesse “50 anos e mais”. Fundou dois hospitais para idosos em Coimbra (o Hospital de Santa Isabel, para 15 homens e 15 mulheres, e o Hospital

de Velhas Inválidas) e um hospital em Leiria para velhas entrevadas. Tinha a preocupação de visitar todas as instituições nas suas deslocações protocolares, surpreendendo tudo e todos ao ocupar-se pessoalmente de tarefas assistenciais e do trato pessoal com os internados (Salgueiro, 1999, pp. 81-87) .

Pensava-se na Idade Média que não poderia haver manutenção ou recuperação da saúde sem a manutenção ou recuperação do equilíbrio espiritual e material. Nessa época, como ainda hoje, conheciam-se dois períodos de uma particular taxa de mortalidade: o Inverno e o pino do Verão.

Na Península Ibérica, já no século XV ou mesmo antes, e nos restantes países Europeus a partir do século XVI, as comunidades urbanas começaram progressivamente a tomar conta das instituições hospitalares (hospitais, hospícios e albergarias), as quais vão sendo reconhecidas como tão necessárias aos povos das cidades como às gentes do campo. Dessas instituições, destacamos as Misericórdias, fruto das preocupações da Rainha D. Leonor. Nessa época, Lisboa “era assolada por autênticos enxames de famintos, órfãos e viúvas que vagueavam pela cidade estendendo a mão à caridade” (Pedrosa, 2001). D. Leonor, percebeu que era indispensável e premente criar uma nova instituição capaz de integrar as muitas instituições de caridade já existentes mas até então ineficazes, e fundá-la em novos moldes, devidamente dimensionada e organizada, capaz de ser implementada em todo o reino. Para o efeito, usou a enorme influência de D. Jorge da Costa, o cardeal Alpedrinha que participou na reorganização dos serviços assistenciais e hospitalares que decorria à época em Itália, sendo um dos responsáveis pela remodelação do Hospital Santo António dos Portugueses, em Roma. Além disso, em várias cidades italianas, sobretudo em Florença, começaram a surgir Confrarias e Irmandades da caridade, com particular relevância para as que tinham patrocínio de Nossa Senhora da Misericórdia, cujo culto crescia naqueles tempos em que se buscava a protecção divina para pôr fim à fome, guerra e sucessivas epidemias que atormentavam a sociedade.

Na criação do Hospital termal das Caldas da Rainha e na redacção do Compromisso da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa⁶ foram tidos em conta os

⁶ O compromisso da Misericórdia de Lisboa é um conjunto de regulamentos que regia o funcionamento das Santas Casas da Misericórdia. O compromisso originário da Misericórdia de Lisboa, em 1498, foi aprovado pelo rei D.

Estatutos da Misericórdia de Florença, embora mais alargados e abertos. Em 1498, então Regente do Reino, D. Leonor decreta a criação da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e faz publicar o respectivo Compromisso (Fonseca, 1996).

Manuel Lemos refere, acerca das misericórdias: “Rapidamente, (...) constituíram uma rede, (...) sempre com o objectivo de prestar auxílio aos mais necessitados. Essa Rede tem, naturalmente, vindo a evoluir de acordo com as necessidades das pessoas e dos locais onde se agrupam; (...) foram surgindo de forma contínua e sempre que os homens de uma qualquer comunidade entendiam que era chegado o momento de se organizarem para ajudar os mais pobres e os mais desprotegidos” (Lemos, 2003).

Com o reinado de D. João II, a regência de D. Leonor e a subida ao trono de D. Manuel I, Portugal passa, em pouco tempo, da idade média ao Renascimento e torna-se um foco de afluência de novos conhecimentos e de contacto com outras civilizações e com outros povos (Pedrosa, 2001).

É nesta época que vive João Cidade, que se vem a tornar responsável pela fundação em Espanha de uma das ordens masculinas mais importante na época, os irmãos de S. João de Deus em 1538. Considerado figura ímpar na história de enfermagem, este português foi responsável pela organização em Granada de uma assistência sem igual aos pobres e necessitados. Acerca da forma como cuidou dos doentes e pobres é sabido pela literatura que João “alugou uma pequena casa na rua que chamavam de Lucena, e ali, andando pela cidade, encontrava os pobres debaixo dos portais (...), pegava neles às costas e os levava para a referida casa” (Mina, 1995).

Manuel I e depois confirmado pelo Papa Alexandre VI. Deste documento foram tiradas diversas cópias e fez-se uma edição impressa (1516), que veio permitir a divulgação mais rápida do texto e, desta forma, facilitar a criação de outras misericórdias por todo o Reino de Portugal e nos territórios da diáspora.

O compromisso era baseado nos ensinamentos de São Tomás de Aquino, que agrupou as obras de misericórdia em espirituais: ensinar os simples, dar bom conselho, corrigir com caridade os que erram, consolar os que sofrem, perdoar os que nos ofendem, sofrer as injúrias com paciência, rezar a Deus pelos vivos e defuntos; e obras corporais: dar de comer a quem tem fome, dar de beber a quem tem sede, vestir os nus, dar pousada aos peregrinos, remir os cativos, visitar os presos e sepultar os mortos.

Fonte: http://ww3.scml.pt/media/revista/rev_10/Santa_Casa.pdf.

S. João de Deus tornou o hospital num modelo de hospitalidade, através da adoção de higiene, separando os doentes por patologia, rodeando todos os doentes de carinho e atitude compreensiva e assistindo os doentes mentais de forma mais humanizada (Nogueira, 1982).

A fama que adquiriu com estas atitudes fez com que ainda em vida lhe chamassem santo e que muitos a ele se juntassem disponíveis a seguir o seu exemplo.

3. O SÉCULO XVIII: CONSOLIDAÇÃO DAS AQUISIÇÕES MÉDICAS E CARACTERIZAÇÃO DA ÉPOCA

No início de século XVIII, Portugal era um país em decadência apesar dos esforços de alguns homens de mérito dos reinados anteriores.

De acordo com a Enciclopédia Universal (16), no reinado de D. João V, as minas de ouro e diamantes do Brasil deram ao rei de Portugal e ao povo uma riqueza que o reino lhes negava. A exploração do ouro no Brasil teve início no reinado de D. Pedro II e desde então esta colónia portuguesa inundava de ouro e diamantes a coroa. Entre 1715 e 1755 a coroa portuguesa nunca estivera tão rica; porém o reino encontrava-se pobre devido à apatia do povo e às loucuras de grandeza e esbanjamentos do rei. Na corte portuguesa reinava o máximo esplendor enquanto a agricultura e a indústria se definhavam, levando o país a sentir o efeito da emigração em massa para o Brasil. À custa de despesas fabulosas, D. João V alcançou a elevação da diocese de Lisboa Ocidental a Patriarcado. Nesse mesmo ano deu-se o início à construção do grande convento de Mafra, de que D. João V, no seu sonho de opulência e de grandeza mandou ainda construir em Roma a Capela de São João Batista que excedeu em luxo tudo o que até então se tinha feito.

O ensino encontrava-se em estado vergonhoso. Apenas um grupo restrito, uma pequena elite estava a par dos progressos científicos que se realizavam. A cultura de então era uma cultura de elites pois a maioria da população permanecia analfabeta. Portugal não acompanhava as transformações culturais que se vivenciavam na Europa uma vez que a Inquisição actuava eficaz e violentamente contra quem pretendesse introduzir ou defender as novas ideias. Contudo, estas acabariam por entrar em Portugal através dos estrangeirados. Eram assim denominados os portugueses que, saindo do país estudaram e desempenharam cargos no estrangeiro.

D. João V construiu ainda algumas obras úteis para a população assim como o Hospital das Caldas e para abastecer de água a capital, teve o rei de lançar um imposto e assim se construiu o Aqueduto das Águas Livres, cujas obras duraram vinte anos. No

ano de 1750 com a sua morte e para celebrar as exéquias foi necessário levantar um empréstimo, devido à situação financeira de Portugal.

A 1 de Novembro de 1755 logo no início do reinado de Dom José I, Portugal sofreu um terrível terramoto em que ruíram e arderam muitas casas, caíram edifícios soberbos como o do paço real, a população em desespero praticou muitos tumultos e pilhagens e é nesta conjuntura que Sebastião José de Carvalho, depois Conde de Oeiras e Marquês de Pombal mandou executar os saqueadores que se aproveitavam das circunstâncias e obrigou a corte a permanecer em Lisboa, combateu com firmeza o desânimo e a anarquia e com a cidade destruída e a nação desorganizada por uma nefasta administração, logo tratou de organiza-la e reconstruí-la, tendo desta forma conquistado a confiança ilimitada do rei.

Influenciado pelo estrangeirados e tendo ele próprio também vivido no estrangeiro no desempenho de cargos diplomáticos em Londres e Viena, o Marquês de Pombal procedeu a várias reformas no campo do ensino.

A partir do reinado de D. José foram fundados asilos, recolhimentos, casas de regeneração de raparigas, entre outras instituições nas principais cidades. Uma das obras representativas desta modalidade foi a Casa Pia de Lisboa fundada por Diogo de Pina Manique. O instituto, a princípio estabelecido dentro do castelo de S. Jorge destinava-se à educação de órfãos e à recuperação, através do trabalho, de mendigos e vadios. Era composto por oficinas, sobretudo de tecelagem, aulas de primeiras letras, colégios para diversos ramos de estudo.

3.1 As instituições hospitalares no XVIII

Relativamente às questões de assistência e saúde, durante este século encontrava-se em marcha a centralização das obras de assistência, com a organização de grandes hospitais civis, que iriam substituir e absorver os pequenos hospitais medievais. Porém o funcionamento dos grandes hospitais ainda deixava muito a desejar. O hospital, até ao final do século XVIII, era uma instituição de assistência religiosa e espiritual destinada aos pobres que iriam morrer com o objectivo de excluí-los, já que representavam uma espécie de perigo social. Desta forma, passou a ser um depósito de

doentes, onde homens, mulheres e crianças utilizam as mesmas dependências, amontoados em leitos colectivos. Havia sobretudo, uma grande superpopulação chegando a estar pessoas sãs, crónicos e moribundos à mistura. De acordo com Foucault, “o hospital que funcionava na Europa desde a Idade Média não era, de modo algum, um meio de cura, não era concebido para curar (...) não é uma instituição médica, e a medicina é, nesta época, uma prática não hospitalar (...) era uma instituição de assistência aos pobres. O pobre como pobre tem necessidades de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. (...) O personagem ideal do hospital até ao século XVIII não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está a morrer, alguém a quem devem ser dados os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital, (...) um lugar para morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente mas a conseguir a própria salvação”. (Foucault, 1979, p. 101)

Um dos maiores defeitos era o convergirem para o hospital, além dos doentes, também as crianças enjeitadas, os inválidos, os velhos e os vagabundos; na época, a mendicidade tinha-se tornado numa verdadeira calamidade sendo vista como cómoda maneira de viver, mesmo para quem tinha capacidade de trabalhar (Nogueira, 1982).

Foi este estado de coisas que conduziu à criação de grandes asilos, onde seriam recolhidos os inválidos e se procuraria educar para o trabalho aqueles que estivessem em condições para isso. Estes grandes asilos (chamados hospitais gerais) começaram a estabelecer-se por toda a parte, fundados uns pelo estado e outros pelos particulares.

3.2 Higiene e saúde Pública no século XVIII

Relativamente às condições de higiene, no século XVIII estas praticamente não existiam. As povoações, por toda a Europa ficaram até este século sem esgotos e sem distribuição de água. As casas eram "arruinadas, construídas em becos escuros com os andares superiores sobressalientes, impedindo o sol de aclarar as vielas; porcaria saía das casas e escorria pelas bermas (...) falanges de moscas que empestavam as casas e cobriam as paredes (Nogueira, 1982, p. 55). Tudo isto em consequência das guerras, exploração de classes pobres e as epidemias pela ausência de redes sanitárias.

O século XVIII foi fundamental para que as populações olhassem mais para o problema da saúde pública, permitindo dessa forma o seu estudo e as melhores formas de o atacarem. Em Londres, o filósofo Bentham⁷, tomou a divisa da sua escola “a maior felicidade para o maior número” como um autêntico programa de acção. E, convencido que a saúde pública era o primeiro requisito para o bem das populações lutou com todas as forças pelas reformas sanitárias na sua pátria conseguindo que as redes de esgotos e distribuição de águas, a pavimentação e iluminação das ruas, e tantas outras medidas de higiene civil e social se tornassem moda por toda a parte.

Ribeiro Sanches⁸, médico português de renome internacional colaborou também nesta obra gigantesca. Estando em França, gizou para Portugal os planos de higiene pública e escreveu o tratado de conservação da saúde dos povos onde se focam todos os problemas de higiene urbana. O século XVIII despertou para o problema da saúde pública e deu os primeiros passos no estudo da sua solução.

3.3 A Medicina e a Cirurgia no século XVIII

Pode considerar-se o século XVIII como o período de consolidação da medicina em que foi possível, depois dos dois séculos anteriores terem sido tão férteis em

⁷ Jeremy Bentham (15 de Fevereiro de 1748 – 6 de Junho de 1832) foi um filósofo e jurista inglês. Juntamente com John Stuart Mill e James Mill, difundiu o utilitarismo, teoria ética que responde todas as questões acerca do que fazer, do que admirar e de como viver, em termos da maximização da utilidade e da felicidade. Bentham expõe o conceito central da utilidade no primeiro capítulo do livro *Introduction to the Principles of Morals and Legislation* (“Introdução aos princípios da moral e legislação”), da seguinte forma: “Por princípio da utilidade, entendemos o princípio segundo o qual toda a acção, qualquer que seja, deve ser aprovada ou rejeitada em função da sua tendência de aumentar ou reduzir o bem-estar das partes afectadas pela acção. (...) Designamos por utilidade a tendência de alguma coisa em alcançar o bem-estar, o bem, o belo, a felicidade, as vantagens, etc. O conceito de utilidade não deve ser reduzido ao sentido corrente de modo de vida com um fim imediato.”

Fonte: <http://www.dialogocomosfilosofos.com.br/category/bentham/>

⁸ António Nunes Ribeiro Sanches foi um médico, filósofo e pedagogo. Nasceu em Penamacor em 1699 e faleceu em Paris em 1783. Pertence ao número dos intelectuais portugueses que exerceram a sua actividade no estrangeiro, de onde a comum designação de “estrangeirado”. De imediato ressalta, nos seus textos, o firme e generoso propósito de intervir na reforma da cultura filosófica e científica do seu país, “ainda que por tantos anos longe de Portugal” como o próprio referia.

Fonte: <http://cvc.instituto-camoes.pt/filosofia/ilu10.html>

descobertas e ideias novas, alcançar agora um período de reflexão e aplicação do que se conseguira. Citando Nogueira “como é fácil acontecer, os autores e seguidores de uma nova descoberta entusiasmam-se com ela, exageram-lhe as vantagens e algumas vezes tentaram mesmo erigi-la em sistema único, acontecendo o mesmo à medicina nesta época” (Nogueira, 1982).

Em primeiro lugar, julgaram muitos que, visto agora as ciências experimentais estarem em condições de explicar tantos fenómenos da vida humana, já não seria preciso atribuir à alma ou a qualquer outro agente imaterial o próprio conjunto dos fenómenos vitais uma vez que bastariam as leis físicas e biológicas para tudo explicar materialmente. Lançados nesta pista, e entusiasmados pelas leis da mecânica celeste descobertas por Newton, julgaram alguns que as manifestações da vida se reduziam todas a movimentos. Estudam-se os ossos, músculos, articulações e correlativos movimentos; o coração e a mecânica circulatória. Tal como estes, outros se entusiasmaram pelas descobertas de laboratório, considerando o organismo como uma complexa máquina laboratorial, em que tudo se fazia por reacções, fermentações, decomposições, combustões e deflagrações.

Outros ainda, como Giovanni Battista Morgagni anatomista italiano, considerado o pai da anatomia moderna, desenvolvem a teoria localizadora e anatómica das doenças, das quais seria possível encontrar todas as causas de origem física e curá-las por mão do cirurgião.

No campo médico o século XVIII foi a época clássica das opiniões, das discussões e das investigações em diversos ramos. Apesar desta disparidade de orientações, foi um século fecundo em progressos de vários géneros. Cada um seguia pelo seu rumo de acordo com as suas crenças, mas e segundo mais uma vez Nogueira “a seu tempo havia de prevalecer o bom senso e todos começariam a ver que o organismo humano não é exclusivamente nem mecânico, nem físico, nem químico mas uma composição de tudo, à qual o espírito confere o poder de viver e reagir por si próprio” (Nogueira, 1982).

Quanto ao progresso da parte prática da medicina, procurou-se dar uma profunda remodelação ao ensino e escola médica, conjugando estas com hospitais em que os estudantes pudessem ser bem treinados na observação da marcha das doenças. No entanto o século XVIII não foi marcado por grandes progressos na medicina. Muito se

estudou e debateu, mas muitos resultados destas investigações só no século seguinte puderam entrar na prática corrente e começar a produzir os seus benefícios.

Também a cirurgia como ramo da medicina não deu passos gigantes no século XVIII apesar de dispor já de uma conveniente base de conhecimentos anatómicos. Tal como refere Nogueira, havia ainda alguns obstáculos a vencer: um sobre os micróbios, de cuja existência e malefícios se começava a suspeitar; outra sobre a dor, que era fácil de sentir mas difícil de evitar. Os insucessos cirúrgicos, ocasionados pela falta de assepsia eram frequentes. Quanto à dor, punha em enorme tensão tanto o médico como o cirurgião. O único método de diminuir a tensão era efectuar a operação num espaço mínimo de tempo, o que dificultava as boas operações (Nogueira, 1982).

Vivia-se uma época de transição. A saúde começava a ser encarada não como um privilégio de poucos mas como um direito de quase todos. O Estado, surgido das ideias da Renascença, passava, a pouco e pouco, a ser responsabilizado pelo bem-estar dos seus cidadãos.

3.4 Assistência e os cuidados de enfermagem no século XVIII

Relativamente à prestação de cuidados que vem mais tarde a ser institucionalizada na Enfermagem, a sua história seguiu em Portugal um percurso semelhante aos demais países de tradição cristã já anteriormente descrito. Esta tradição de assistência de enfermagem em Portugal tem o seu início com as misericórdias e as ordens religiosas que, oriundas de outros países, fundaram cá comunidades, definiram uma base para a enfermagem que é conhecida ainda hoje, das quais se destacam as Irmãs da Caridade e os irmãos de S. João de Deus.

Desde o início da sua constituição, a ordem dos Irmãos de S. João de Deus teve grande reconhecimento em áreas exigentes de prestação de serviços. Até mesmo os reis de Espanha e Portugal exigiam que alguns irmãos acompanhassem as naus, como enfermeiros durante as viagens (Nogueira, 1982, p. 51). Foram também chamados a socorrer doentes durante as batalhas e epidemias e numa forma global quase todos os hospitais militares eram assistidos pelos irmãos de S. João de Deus. Esta ordem preocupava-se em formar irmãos em diversas áreas de assistência como a enfermagem,

a medicina e a farmácia, entre outras. Este espírito de formação está patente desde sempre, sendo da sua responsabilidade os primeiros escritos referentes à enfermagem.

A “Postilla Religiosa e a Arte dos Enfermeiros” é considerado o livro mais antigo em língua portuguesa dedicado à teoria e à prática de enfermagem. Esta Postilla foi escrito por Frei Diogo de Santiago e impressa em 1741 e para além de abordar assuntos ligados à vida religiosa e à disciplina, descreve os ensinamentos que eram dispensados aos jovens noviços para o cuidado a terem com os doentes. Esta obra possui descrições únicas do tipo de tratamentos utilizados para a resolução de várias enfermidades, bem como maneiras explícitas de cuidar dos doentes, que ainda mantém alguma actualidade científica e fundamentam o trabalho de enfermagem.

São atribuídos aos irmãos de S. João de Deus, as primeiras iniciativas para uma melhor formação para os enfermeiros portugueses. Nesse Contexto, em 1793, é o próprio Comissário Geral da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus que dirige a Pina Manique um requerimento, para que os irmãos frequentassem o curso de medicina na Universidade de Coimbra, salientando a vantagens desse estudo, no sentido de melhor poderem acompanhar os doentes durante o seu exercício como enfermeiros. Mas com a morte de Pina Manique foi suprimida essa resolução, que “serviu pelo menos para demonstrar a vontade expressa por certos homens públicos em encarar de frente o problema da enfermagem” (Nogueira, 1982, p. 68). No entanto, estas iniciativas pontuais poderiam ter constituído o embrião de uma formação profissional, não tiveram êxito, deixando a enfermagem somente entregue a práticas hospitalares tradicionais, sem qualquer outro tipo de orientação.

A medicina fez o seu papel neste século, enquanto a Enfermagem aguardava o momento do seu despertar científico tendo percorrido um longo caminho sem o qual nem a medicina, nem a democratização da saúde podiam ter ido mais além. Da sua evolução nasceram os modelos conceptuais em enfermagem, a criação das escolas de Enfermagem e a sua consequente profissionalização.

O século XVIII viria a terminar ainda com muitas dificuldades por ultrapassar, permitindo que o seu sucessor obtivesse a glória dos grandes passos que era preciso dar.

4. A ASSISTÊNCIA AOS DOENTES MORIBUNDOS NO SÉCULO XVIII:

Ao longo deste capítulo e depois de explicadas as origens da enfermagem e dos cuidados paliativos e efectuada a contextualização histórica relativa ao século XVIII, pretendo abordar o cuidado à pessoa em fim de vida, do ponto de vista físico e espiritual e compreender de que forma o mesmo era feito no século das luzes, ainda limitado a nível de conhecimentos científicos e técnicos e de que forma contribui para a assistência aos moribundos de hoje.

4.1 Cuidar a Pessoa em fim de vida

O conceito de cuidar esteve desde sempre ligado à prática de enfermagem como sendo a sua essência e a “mais velha prática da história do mundo” (Collière, 1985, p. 27), sendo visto como a representação de um conjunto de actos que têm por função manter a vida e sendo dessa forma o fundamento dos cuidados de enfermagem (Collière, 1985, p. 29).

Na nossa sociedade ainda se cura muito e cuida-se pouco. O nosso objectivo não deveria ser só curar...deverá ser também aliviar. Com os cuidados paliativos, há muito que fazer, quando já nada se pode fazer (Osswald, 2004). O que as pessoas precisam quando em fim de vida é de estarem aliviadas do sofrimento, num ambiente que lhes dê segurança, sustentado por um sistema de cuidados e terem a certeza que eles próprios e as suas famílias não serão abandonadas, dando-lhes condições para que possam dentro das limitações da doença, guardar a sua dignidade e viver a sua morte pessoal e única.

O nascimento e a morte são experiências muito próximas uma da outra, comportando na base uma estrutura idêntica: a passagem de um estado a outro, uma mudança radical do meio. Segundo o Padre Feytor Pinto “a morte marca o fim da vida, como o nascimento marcou o seu início” (Pinto, 1991); logo é importante para o Homem, redescobrir a morte como plenitude de uma vida já realizada.

A Classificação Internacional para a prática de Enfermagem define a morte como um fenómeno pertencente ao desenvolvimento físico com as seguintes características específicas: cessação da vida, diminuição gradual ou súbita das funções orgânicas levando ao fim dos processos de manutenção da vida; a cessação da vida manifesta-se pela ausência dos batimentos cardíacos, da respiração e da actividade cerebral.

De uma forma geral a morte é um acontecimento que a todos assusta e que nos lembra a nossa vulnerabilidade humana. A morte lembra-nos a nossa impotência e traz-nos frustração. Segundo Neves (2000) nascer é, desde logo, morrer um pouco e sempre foi a única certeza do homem.

Apesar de todos os avanços científicos e técnicos e do aumento da esperança de vida, a morte continua e continuará a ser uma ameaça do sentimento de onipotência do homem. Cada um de nós reconhece que a sua vida é limitada no tempo, mas apesar disso, a morte continua a ser rejeitada e a ser recusada obstinadamente.

As pessoas com doença grave, incurável e progressiva, sobretudo quando em fase avançada e terminal, vivenciam uma multiplicidade de problemas: de cariz físico, psicológico, emocional e espiritual. Efectivamente, todas as dimensões da pessoa estão afectadas pela irreversibilidade da doença e pela morte iminente, fazendo emergir a necessidade de desenvolvimento de uma lógica de cuidados, que vise preservar a dignidade da pessoa e garantir-lhe o máximo de bem-estar durante o tempo que lhe resta viver.

O doente terminal é “aquele que apresenta um estado clínico que provoca uma expectativa de morte a curto prazo” (Barón & Feliu, 1996). Esta designação é atribuída a uma pessoa que, por circunstâncias da vida, adquiriu uma doença cujo desenlace final é a morte. Para Barón e Feliu, “é a doença cuja evolução se encaminha para uma fase em que a morte começa a ser sentida pelas pessoas como algo que está muito próximo e as acções desenvolvidas pelos enfermeiros dirigem-se exclusivamente para o alívio dos sintomas e para a promoção do bem-estar” (Barón & Feliu, 1996, p. 1085).

Nesta altura, o processo evolutivo da doença não cede a qualquer tratamento. Neste contexto a pessoa que tem uma doença terminal é um ser humano igual e diferente de tantos outros, com uma história de vida, uma família, com amigos; é um ser no mundo que se apercebe, vive experiências e está em continuidade no tempo e no espaço (Watson, 1985). Dossey e Keegan referem que é um ser multidimensional, possuindo

pelo menos quatro dimensões, biológica, psicológica, social e espiritual, todas interdependentes e inter-relacionadas, mas que, por vicissitudes da doença com característica crónica e letal, não consegue salvaguardar globalmente a sua integridade (Dossey, Keegan, Cathie, & Kolkmeier, 1995).

No fim de vida e quando confrontada com a impossibilidade de cura da doença, o processo de cuidar assenta essencialmente no acompanhamento e no conforto, pois “*cuidar de* significa também apreciar e amar, ocupar-se dos outros, seguir de perto, alimentar. *Cuidar de* implica um compromisso que transcende a emoção e se traduz numa acção que ultrapassa o domínio médico ou humanitário” (Pacheco, 1999, p. 66).

Para além das necessidades de ordem física, a pessoa em fim de vida confronta-se também com necessidades de ordem espiritual. É, geralmente, no fim de vida que surgem dúvidas e interrogações sobre o sentido da vida e o sentido da morte. (Pacheco, 1999, p. 66). As experiências, tais como a oração, a expressão do perdão, a meditação, a crença numa dimensão transcendental do ser humano ou no sobrenatural, constituem, de alguma forma, caminhos para um desenvolvimento pessoal, representativo da perspectiva individual de cada pessoa, que a poderá ajudar a viver a sua situação de pessoa em fim de vida, de uma forma mais harmoniosa (Frias, Moniz, & Valentim, 1998).

Ao longo da evolução do mundo a doença e a morte foram sendo observadas pelas populações da forma diferente conforme a época em que se vivia. O ser humano de cada época foi capaz de ir realizando aquilo que podia de acordo com as raízes e a herança que recebeu e os seus dados que foi capaz de introduzir nesse património universal que eram a ciência e a cultura do seu tempo.

Amato Lusitano, médico português da época do Renascimento, mostra segundo relatos da época, uma atitude sempre firme, mesmo perante os casos que pareciam sem grandes hipóteses de cura. Após um prognóstico mortal, Amato abandonava o doente informando que na sua decisão pesava o ensinamento de Hipócrates segundo o qual “apresentado o diagnóstico de que em breve morreria, pedia desculpa e se retirava, apoiados no conselho de Hipócrates – que só com os prognósticos se devem deixar os lamentados”. A medicina hipocrática era bem clara neste ponto; perante as enfermidades mortais e incuráveis, os médicos tinham por obrigação abster-se de qualquer atitude terapêutica. Este preceito imbricava na suprema regra hipocrática –

primum non nocere. Assim, se o tratamento já não produzia eficácia na restituição da saúde, a abstenção seria a melhor garantia do cumprimento daquele princípio.

Thomas Morus (1478-1535) que foi contemporâneo de Amato Lusitano, defendia no seu livro *Utopia* em 1516, relativamente à assistência dos doentes moribundos e incuráveis que “aos que assim sofrem, consolam-nos visitando-os assiduamente, falando-lhes em suma, proporcionando-lhes todo o auxílio possível”. Amato aconselhava “todavia, para não parecermos insensíveis, se formos chamados de novo a ver os que assim estão, lamentavelmente perdidos, é nossa obrigação visita-los para que não caiam em desespero”. Há ainda uma outra nobre dimensão envolvida na actuação de Amato perante o moribundo e que diz respeito a tratamentos dirigidos exclusivamente ao alívio de sintomas extremamente puníveis, ou seja, mesmo perante um prognóstico de doença mortal e breve, já na época não eram negados os conselhos destinados a amenizar o sofrimento do moribundo.

4.2 A explicação da doença e as funções da assistência

A prática da medicina era ainda no século XVIII baseada na famosa teoria dos quatro humores e do seu indispensável equilíbrio para explicar a doença e manter a saúde que vinha desde Hipócrates. Desde a escola hipocrática, o universo e o corpo humano era composto por quatro elementos fundamentais: o fogo, a água, a terra e o ar. A estes quatro elementos estavam associadas quatro qualidades: o *quente* (fogo), o *frio* (água), o *seco* (terra), o *húmido* (ar). A vida era mantida pelo equilíbrio desses quatro humores ou fluidos, cada um procedente de uma determinada parte do corpo humano e tendo diferentes qualidades:

- o sangue (coração), *quente e húmido*;
- a fleuma (cérebro), *fria e húmida*;
- a bÍlis amarela (fÍgado), *quente e seca*;
- e a bÍlis (baço), *fria e seca*;

Do predomÍnio de um destes humores na constituÍção do indivÍduo, resultava um determinado tipo fisiolÓgico ou carÁcter: o *sanguÍneo*, o *fleumÁtico*, o *colÉrico* ou o *melancÓlico*; a doença não seria mais do que o *desequilÍbrio dos humores*; O papel do mÉdico e do enfermeiro consistiria entÁo em ajudar a *physis* a seguir os seus processos normais.⁹

Pretendia-se nesta Época, em que o sofrimento, a doença e a morte sempre constantes do gÉnero humano fossem evitados ou minorados o mais possÍvel sendo

⁹ De acordo com um dos famosos aforismos hipocrÁticos, as doenÇas que resultassem da plenitude eram curadas por evacuaÇão, as provenientes da vacuidade por repleÇão e, em geral, os contrÁrios pelos contrÁrios; daÍ o uso (e o abuso atÉ ao Séc. XIX) dos purgantes, vomitivos, cautÉrios e sangrias a fim de restabelecer o equilÍbrio dos humores (as purgas ou clisteres eram chamadas 'ajudas', pelo autor da Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros). JÁ em meados do sÉc. XVII, o uso da sangria (ou flebotomia), praticada por cirurgiões e barbeiros-sangradores (uma profissão são extinta entre nós em 1875), tal como a purga ou o clister (ministrada pelos cristaleiros e cristaleiras), generalizara-se de tal modo que dera motivo ao adÁgio popular: "Em Lisboa nem sangria mÁ nem purga boa" sendo este uma denÚncia do uso e abuso, por parte dos praticantes de artes mÉdicas, de tÉcnicas terapÉuticas agressivas, invasivas e de duvidosa eficÁcia como era o caso da purga e da sangria.

frequentes os recursos aos intercessores celestes ou terrestres, o que deve ser entendido como uma demonstração da impotência do homem para por si só fazer frente às adversidades do corpo ou do espírito. Recorria-se aos santos advogados sempre que não houvesse remédios acessíveis inventados pelos homens. Para qualquer enfermidade, anomalia ou função indisponível do ciclo da vida humana havia um santo milagroso para o qual se voltava o espírito daquele que sofria perante a adversidade. Na mesma medida, eram recorrentes os pedidos aos intercessores terrestres (feiticeiros, bruxos e curandeiros) que usavam certos produtos naturais, orações e benzeduras para alcançar a libertação do mal físico ou psíquico (Santos, 1983).

Antes do século XVIII, o hospital era uma instituição de assistência que prestava cuidados ao outro mas que servia também como recurso de exclusão social pois existia tanto para acolher os pobres doentes como também para proteger a sociedade do perigo que eles representavam. Era essencialmente dirigido aos pobres uma vez que os ricos levavam os recursos médicos para as suas casas. Até este século, o hospital não pretendia a cura tal como referi anteriormente, mas sim uma assistência material e espiritual em que em alguns casos se pretendia dar os últimos cuidados ou o último sacramento.

Nos séculos XVIII e XIX os hospitais passaram a ser locais de tratamento e cura e não tanto de refúgio. Depois do século XVIII, com a explosão do conhecimento e da técnica e o aparecimento dos meios de diagnóstico e tratamento, houve uma inversão no papel dos hospitais, em que a maior abordagem da técnica e cientificamente a doença em que confortar e consolar o doente passaram a ser coisas do passado. Evidentemente, também as pessoas sempre procuraram o hospital para cura dos seus males e alívio do seu sofrimento. De qualquer forma, trata-se de uma busca de alívio, de preservação da vida, de restituição da saúde e melhoria do conforto pessoal.

Apesar de se estar já no século das luzes, “a enfermagem era ainda entendida como mera aplicação de medicamentos ou tratamentos sob prescrição de médicos ou cirurgiões, sem qualquer veleidade, pretensão ou reivindicação de autonomia técnica”. Há, no entanto, instruções interessantes que apontam já para as especificidades dos enfermeiros tais como o registo de enfermagem, a posologia e a ordem a seguir na administração dos medicamentos e tratamentos, os procedimentos a observar em caso

de hemorragia e na ausência do cirurgião ou os cuidados a ter quando se submetia um doente à sangria, sem esquecer as preocupações éticas e o dever de hospitalidade.

Isto mesmo e outros detalhes do que seria ou deveria ser a enfermagem no século XVIII são abordados pelo Frei Diogo de Santiago na sua obra “Postilla religiosa e a Arte dos Enfermeiros”. Na edição *fac-simile* de 2005, a apresentação é feita por Luís Graça, da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, o qual refere que a *Postilla Religiosa e Arte dos Enfermeiros* é o primeiro manual de formação em cuidados de enfermagem de que há notícia em Portugal, publicada em 1741. Trata-se assim de uma obra didáctica de iniciação à vida religiosa e exercitação do voto de hospitalidade. Enquanto prática de enfermagem, oferece aos noviços “claras luzes em breves períodos”, mas com certo sentido de modernidade, como o próprio autor salienta.

Frei Diogo propõe cuidados de nível físico e espiritual, que se podem associar em muitos aspectos ao conceito actual de bem-estar integral e holístico, valorizando o factor humano e contestando o reducionismo científico e tecnológico.

Os capítulos do tratado II são, sem dúvida, os mais interessantes, do ponto de vista dos saberes e das práticas de enfermagem de outrora. Sem nunca pôr em causa a subordinação da enfermagem ao poder médico, o autor defende que o enfermeiro deve demonstrar experiência, crédito e sentido de responsabilidade pelos seus actos, dos quais depende a saúde dos enfermos.

Através da sua análise verificamos quais eram já na época, as funções de assistência principais do enfermeiro para com os doentes, entre os quais a importância dos registos de enfermagem para a continuidade dos cuidados “*Todos os dias de manhã, e tarde fareis visita particular aos enfermos, principalmente aos que tiveres de maior cuidado, para dares ao médico informação do que lhe fizestes, e como tem passado (...); porque alguns enfermos não sabem dar a indicação necessária...*” (Sant-Iago, 2005 capítulo II)

Podemos verificar também que na época, já havia preocupação em manter em segurança os medicamentos para que estes não representassem perigo para os moribundos, sendo função do enfermeiro assegurar essa mesma segurança: “*Os remédios, que aplicares aos enfermos, sejam só pela vossa mão, e a tempo (...); Tende muito, e muito particular cuidado nos números, que trazem os medicamentos, para que não haja equivocação na aplicação deles; e não só nos números tereis esta vigilância, mas também na cor, cheiro, e qualidades deles...*” (Sant-Iago, 2005 capítulo II).

O autor reforça ainda a necessidade da enfermagem ser entendida como vocação e dever de caridade para com o próximo: *“Se o Prelado [superior hierárquico] vos eleger Enfermeiro, dai-lhe logo o agradecimento de formar conceito da vossa capacidade para emprego de tanta importância, e merecimento, de cuja ocupação pende a saúde da alma, e corpo do enfermo (...), ajudando-o no sofrimento que a doença pode causar e não descansando enquanto esse desconforto não se fica controlado “donde se verifica, que o enfermo, que padece, pode as queixas sofrer; mas o Enfermeiro abrasado em amor de caridade não as pode tolerar; porém fazendo o que pode, satisfaz ao que deve: aplica-lhe os remédios: dá-lhe alentos: se grita ansiado, acode-lhe vigilante: não dorme, se o enfermo não sossega; e assim em perpétuo labirinto não admite tréguas ao descanso, até que o enfermo não tenha alívio, em cuja acção cumpre com toda a Lei de Deus...”*(Sant-Iago, 2005 capítulo II).

O pioneirismo da Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros está no facto de ela se destinar, propositada e especificamente, à formação dos indivíduos, os irmãos hospitalares, cuja ocupação principal era a prática da enfermagem.

Na época, o termo ainda não existia em português: trata-se de um vocábulo recente, já que só aparece na nossa língua em 1913. Em contrapartida, o termo enfermeiro (do latim, infirmu, fraco de corpo, débil) remonta, tal como enfermaria, a meados do séc. XIII. Por sua vez, o termo arte (do latim, arte) significa talento, saber, habilidade; ou aquilo em que se aplica o talento; ocupação, ofício, profissão ou mister; arte, ciência.

A arte de enfermeiros era já vista em meados do séc. XVIII, como uma verdadeira arte de curar (do latim curare, ter cuidados com, cuidar, tratar), afirmando-se os enfermeiros lentamente mas com alguma segurança em relação a outros praticantes da arte médica, como os cirurgiões, os barbeiros-sangradores, as cristaleiras ou as parteiras.

4.3 A assistência espiritual ao doente moribundo

Mas nem só do *eu físico* vive o ser humano. A OMS assume os cuidados paliativos como uma abordagem que visa melhorar a vida das pessoas e familiares que enfrentam doenças incuráveis e que ameaçam a vida através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico e também espiritual. A abordagem das questões familiares, físicas e

psicológicas é frequente, sendo o avanço ao combate dos sintomas desagradáveis, a avaliação criteriosa do prognóstico e as questões éticas no final de vida significativas.

A vida humana é uma constante série de interações entre indivíduos e grupos, através de diversos processos relacionais que não se limitam a negociação e acomodação mas que conduzem em muitos casos a uma renovação do sentido perante a inevitabilidade da morte. No início de uma doença, toda a esperança se fixa no tratamento e à medida que a sua evolução se torna fatalista, a esperança do doente deixa de ser nos cuidados médicos para se focalizar na religião, espiritualidade e nas memórias que perpetuarão a sua existência no meio dos entes queridos.

Uma das situações mais difíceis para o Enfermeiro é lidar com a morte, pois todo este processo constitui um verdadeiro desafio pessoal e profissional. Encara-se hoje a morte como um fracasso e como um acontecimento medonho, e por isso evita-se falar dela, fazendo-se um esforço para a esquecer. No entanto é necessário que os profissionais de saúde tenham uma visão diferente da morte, da sua e da dos outros de forma a agirem com critérios que reclamem o respeito pela vida até ao último momento. “...Superem os medos e encontrem a paz, na certeza de que a vida é na sua ponta final que atinge toda a sua beleza, a sua plenitude. Mas nesta ponta final, o moribundo não pode ficar só, tem de ser acompanhado pelos seus, aqueles que estiveram com ele na vida e a quem vai deixar uma mensagem de realização” (Pinto, 1991). A assistência espiritual é deveras importante principalmente quando a pessoa se encontra perante situações causadoras de incredulidade e sofrimento. Já na época tal como hoje se pretendia que aquele que se encontrava numa situação de morte eminente fosse capaz de alcançar a nível espiritual a paz necessária para a passagem que se aproximava.

No século XVIII assim como hoje, as doenças de evolução prolongada podem despertar importantes desafios existenciais nas vidas dos doentes, das suas famílias e cuidadores.

A finitude da natureza humana impele muitos sujeitos a questionarem-se e a procurarem significado da vida. A resposta a esta pergunta, apesar da tentativa de profetas, cientistas e poetas continua ainda no profundo abismo da consciência humana e provavelmente nem a ciência ou a religião conseguirão desvendar. A espiritualidade procura a resposta a esta pergunta e mais do que isso, procura a experiência interior capaz de revelar esta resposta, ou seja, transcendência. Através do conhecimento e

compreensão da vida através do desenvolvimento espiritual, a pessoa torna-se capaz de compreender a morte.

É no sofrimento que descobrimos muitas vezes, através de um diálogo interior, aquilo a que devemos dar prioridade. Assim todos os profissionais de saúde devem assumir responsabilidades na abordagem dos aspectos existenciais e espirituais daqueles que se encontram muito perto da morte. Esta abordagem poderá ser realizada de forma intermutável pelos diferentes membros de uma equipa, reservando-se para os orientadores religiosos aspectos de natureza mais ritual ou teológicos, que ajudem o doente a manter-se fiel ao sistema de crenças e às práticas de culto correspondentes.

Os historiadores que se têm dedicado ao estudo da morte e do processo de morrer detectaram que a partir do final da Idade Média uma gradativa tendência acentuou-se no Ocidente na direcção de exilar o moribundo e de conservá-lo em território demarcado por evitação, por silêncio, por medo e por tabus. O padrão cultural do morrer medieval, que pesquisadores como Phillipe Ariès (Ariès, 1988), por exemplo, retrataram, envolvia uma pessoa que sentindo a morte próxima, recolhia-se ao leito e convocava seus parentes, amigos e vizinhos para a cerimónia de despedida. Convocava os seus próximos para uma cena que era pensada, então, como último suspiro, momento inicial de um sono longo e tranquilo, até o dia do Grande Despertar.

No século XVIII, assistência espiritual para aqueles cuja morte estava próxima era já uma preocupação, havendo da parte dos que cuidavam os moribundos um conjunto de atitudes que pretendiam “ajudar a bem morrer”.

Os conteúdos da Postilla apontam para uma filosofia de formação e de arte de cuidar os doentes em que não faltam as dimensões humanas e espirituais. O homem deste período procurava ter uma “boa morte”, esta compreendia na morte preparada, diferenciada da “má morte”, pelo planeamento, de modo que morrer repentinamente, por afogamento, assassinato, acidente ou mau súbito, era desgraça muito maior do que própria morte. Nesta época a morte súbita, repentina era considerada vergonhosa e até castigo de Deus, pois a morte casual inviabilizava o processo do morrer descrito acima. Segundo Frei Diogo de Santiago, estas advertências serviam para ajudar o enfermo a examinar a sua consciência, exortações para a sua salvação, forma de fazer o testamento e assim alcançar uma morte tranquila.

Para contornar o perigo da morte inesperada, era imperioso estar em dia com os sacramentos da confissão, comunhão, eucaristia e, por certo, a extrema-unção além de, no caso dos mais afortunados, terem providenciado o testamento. Os religiosos confessavam os doentes e encaminhavam-nos para o arrependimento e para a procura do perdão pelas faltas cometidas.

A morte devia ser uma cerimônia pública e organizada. Organizada pelo próprio moribundo e por seus familiares auxiliados pela Igreja através das irmandades; estas procuravam fornecer as condições para que os irmãos tivessem uma “boa morte”. Os sacramentos eram parte essencial da preparação para a morte; o moribundo deveria receber a extrema-unção, a penitência e a eucaristia, sendo o primeiro o mais importante. A extrema-unção, tanto para a população livre como para a população cativa, era um sacramento, por excelência, purificador, que, paradoxalmente, preparava a entrada do cristão no além e, ao mesmo tempo, podia exercer um efeito de restaurar a saúde debilitada dos doentes.

Desde esta época que são abordadas questões de acção pastoral e espiritual consideradas da área dos capelães nas quais não devem ser esquecidas pois são dirigidas a todos os irmãos que cuidam dos doentes. Propõe cuidados pastorais e espirituais de reconciliação (confissão), oração, perdão das ofensas, pagamento das dívidas, restituir o alheio, acção de graças pela vida e ajuda do enfermeiro na elaboração do testamento. A forma das propostas destes cuidados pode soar hoje a exagero mas, no essencial, integram-se no conceito de bem-estar integral ou holístico a promover a favor dos doentes.

Embora a enfermagem seja entendida como vocação e dever de caridade, não deixa de se dar importância aos aspectos psicossociais da relação terapêutica, como se diria hoje.

5. CONCLUSÃO

Desde a Idade Média até meados do século passado, o processo de morrer esteve sempre envolto e foi encarado numa ritualidade característica que não encontra semelhanças no mundo contemporâneo. Actualmente a cena de morte que pode ser observada em qualquer serviço de um qualquer hospital passou a incluir um doente relegado a uma cama hospitalar onde este se encontra solitário, sedado, inconsciente, por vezes ligado a um ventilador, à espera que deixe de existir registo de actividade cerebral de forma a ser decretado o fim da sua existência. O morrer acontece cada vez mais em meio hospitalar e todas as rotinas, antes a cargo da família, são realizadas agora por técnicos de saúde e pelos funcionários das agências funerárias. O doente passa do círculo familiar para o círculo médico, a linguagem utilizada à sua volta é a linguagem clínica, o doente é isolado dos outros e atrasa-se o mais possível a entrega da pessoa à morte. Tal como refere Sapeta *“A sociedade dessocializou a morte e encurralou-a nos hospitais ou noutras instituições onde o doente morre sozinho num quarto isolado, numa enfermaria ou junto de sofisticadas máquinas numa unidade de cuidados intensivos, mas sempre sozinho... sem ninguém que partilhe o medo, a angústia, o sofrimento ou quem sabe, a paz e a alegria de quem parte. Morrer tornou-se hoje um momento solitário e demasiado triste para ser lembrado”* (Sapeta, 1999).

Obviamente que as práticas hospitalares relativas ao moribundo e à morte reflectem a atitude da sociedade mais alargada, nas quais se inserem. Contudo, há que reflectir sobre elas, compreender o que as organiza dessa forma e repensar a sua adequação para o bem-estar do moribundo, da sua família e dos próprios técnicos de saúde envolvidos.

No hospital, está-se geralmente perante mortes anunciadas, lentas, tecnológicas. No entanto toda esta tecnologia, e tal como refere Anabela João, está desprovida de relacionamento humano; apesar de possuírem a responsabilidade de cuidar dos doentes terminais, estes não se encontram preparados para o efeito (João, 2010). Encara-se o problema que finalmente conduzirá à morte como parte do serviço médico e de enfermagem, centrado mais na doença do que na pessoa, mais na cura e no

prolongamento da vida do que no cuidado e no conforto. Finalmente desiste-se, corre-se a cortina e informa-se a família, sumariamente, pelo telefone, tendo a pessoa morrido, entretanto, só. Reforçando o que atrás foi dito, sobre esta temática, Miguel Torga escreveu no seu diário a 5 de Novembro de 1957:

“O pior da doença é a impessoalidade a que ela nos reduz. Sem nenhuma espécie de vontade preservada – quanto à intimidade, devassada por dentro e por fora, nem é bom falar disso – o indivíduo sente-se apenas um manequim dorido, que mãos estranhas ou familiares manobram com a doçura de uma paciência exausta. Um manequim que geme, que abre e fecha os olhos, que toca campainhas, mas que tem a sua realidade fisiológica longe de si, reduzida a gráficos e tabelas. Dum ser afirmativo e facetado, resta uma passividade amorfa, almofada entre almofadas, onde se espetam agulhas ritualmente. E, embora pareça estranho, o que nestas ocasiões mais se deseja é não melhorar: é simplesmente ascender de farrapo humano a homem ou deixar de existir”. (Torga, 1995).

A não-cura continua a ser encarada por muitos profissionais como uma derrota, uma frustração, uma área de não-investimento. A doença terminal e a morte foram “hospitalizadas” e a sociedade em geral aumentou a distância face aos problemas do final de vida.

As questões em torno da morte constituem ainda hoje um tema tabu. Do ponto de vista da medicina predominante no nosso tempo, a morte é o inimigo que se pretende combater até o último momento. Uma guerra muitas vezes contrária à vontade expressa ou secreta do doente e da família.

A filosofia dos cuidados paliativos, apesar de recente, pretende ser uma ideologia alternativa e contra cultural. Um movimento que tem como inspiração uma certa inconformidade contra as atitudes com respeito à morte e ao processo de morrer que tendem a prevalecer na teoria e na prática médicas e, por vias de consequência, nos hospitais contemporâneos.

Recusando-se explicitamente à realização de manobras de ressuscitação de doentes considerados “fora de possibilidades terapêuticas”, a proposta dos profissionais de Cuidados Paliativos é a de, reconhecendo os limites da medicina, oferecer assistência ao moribundo e aos seus próximos até o momento final - e, se necessário, após. Os defensores dos cuidados paliativos pretendem, na medida do possível, propiciar aos seus

doentes uma “boa morte”, tentando mitigar dores e desconfortos físicos e psicológicos de todos os que participam dos episódios fúnebres, incluindo aí o próprio corpo técnico. O alvo principal, a “boa morte”, é permitir que a pessoa que está a morrer assuma o controlo do processo de morrer, sendo activa e participante das decisões concernentes a seu tratamento, tanto do ponto de vista médico quanto do religioso ou relacional. A meta é que o óbito aconteça na própria residência do moribundo, no ambiente que é o seu e o dos seus. Todos os papéis devem ficar bem nítidos. Deverá ser valorizada a comunicação sincera sobre a situação do doente, é atribuído um papel central ao diálogo entre os envolvidos e colocam em primeiro plano os desejos daquele que vai morrer. Aspiram ao “resgate” de sua morte por parte do doente, o que só pode acontecer se ele for suportado por amigos e parentes e por uma equipe de diversos especialistas que o ajudam a preparar-se para encarar seus últimos momentos de modo consciente. Atitudes e comportamentos pouco diferentes daquilo que frei Diogo de Santiago defendia há três séculos atrás.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abu-Saad, H. H., & Courtens, A. (2001). *Developments in Palliative Care*. In: Abud-Saad; H.H. Evidence-based palliative care: across the life span. Oxford: Blackwell Science.
2. Ariès, P. (1981). *O homem diante da morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
3. Áriès, P. (1988). *O Homem perante a Morte*. Lisboa : Publicações Europa-América.
4. Barbosa, S., Valente, M., & Okay, Y. (2001). *Medicina Paliativa: a redefinição da experiência humana no processo de adoecer*. Revista Dor, volume 3 , 61-68.
5. G. Barón, & J. Feliu (1996). *El enfermo terminal*. In Tratado de Medicina Paliativa Y Tratamiento de Soporte en el Enfermo com Cancer. Madrid Editorial.
6. Coelho, P., & Almeida, A. (2010). *O percurso evolutivo dos cuidados paliativos: da origem à actualidade*. I Encontro Ibérico de História de Enfermagem. Sociedade Portuguesa de História da Enfermagem.
7. Collière, M. F. (1985). *Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1985.
8. Cunha-Oliveira, J. (1989). *Da Inovação à instituição e da instituição à inovação, Viagem de ida e volta através da Psicose*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto.
9. M. P. Donahue (1985). *Historia de la Enfermaria* (p. 94). Barcelona: Ediciones Doyma.
10. Dossey, B., Keegan, L. M., Cathie, G., & Kolkmeier, L. (1995). *In Holistic Nursing - A Handboock for a Practice*. Garthersburg Maryland: Aspen Publishers.
11. Elias, N. (1990). *O processo civilizador I*. Rio de Janeiro.: Jorge Zahar.

12. Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
13. Foulcault, M. (1979). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
14. Frias, C., Moniz, J., & Valentim, J. (1998). *A Pessoa com Doença Oncológica em Fim de Vida. Vivências e Expectativas Face ao Processo de Doença e Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Trabalho apresentado à Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende no âmbito do 1º Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem à Pessoa Adulta e Idosa em Situação de Doença Crónica.
15. Fernandes, Maria Rita de Cássia; Pessini, Leo; Sá, Ana Cristina; Vida e Obra de Camilo de Lellis, patrono dos doentes e modelo para os enfermeiros. Disponível em URL:
<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/78/Art12.pdf>
16. História Universal, vol.8, Publicações alfa, Lisboa, 1985
17. João, A. (2010). *Caracterização do Morrer no Hospital* - dissertação apresentada ao ICS - UCP para obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
18. Mina, M. (1995). *Visitar Granada de S. João de Deus*. Hospitalidade , 77.
19. Nogueira, B. O. (1982). *História da Enfermagem*. Telhal: Revista Hospitalidade.
20. Paixão, W. (1969). *História da Enfermagem*. Rio de Janeiro: Bruno Buccini/Editor.
21. Pedrosa, A. (2001). *Velhos e Novos rumos da Enfermagem - da História da Enfermagem às actuais implicações jurídicas da profissão*. Coimbra: Centro de Direito Biomédico, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.
22. Salgueiro, N. (Novembro de 1999). *O "Cuidar" na Obra da Rainha Santa Isabel*. Referência, Revista de Educação e Formação em Enfermagem, Coimbra, nº3 , pp. 81-87.
23. Sant-Iago, F. D. (2005). *Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros*. In F. D. Sant-Iago, *Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros*. Lisboa: Alcalá.
24. Santos, E. d. (Junho de 1983). *O Homem português perante a doença no século XVIII: Atitudes e Receituário*. Revista da Faculdade de Letras - Congresso Luso-Galaico de Medicina Popular de Vilar de Perdizes , pp. 187-189.

25. Strauss, A. (1985.). *Research on chronic illness and its management*. University of California: San Francisco School of Nursing, University of California.
26. Twycross, R. (2000). *Medicina Paliativa: Filosofia y consideraciones éticas*. Acta Bioethica v.6 nº1 , 27-46.
27. Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro - Da compaixão à Proficiência*. Lisboa, Universidade Católica Editorial Unipessoal, LDA
28. Watson, J. (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Colorado: Colorado Associated University Press Boulder.
29. Lusitano, A. *Centúrias de curas medicinais*, Trad. de Firmino Crespo. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
30. More, T. *Utopia*. Lisboa.
31. Moura, M. d. (2011). *A Inevitabilidade da morte e o cuidar em fim de vida: entre a filosofia e a Bioética*. Lisboa: Coisas de ler.
32. Neves, C. (2000). *A morte, a sociedade e os cuidados paliativos*. Cuidados paliativos, dossier Sinais Vitais , pp. 7-20.
33. Sapeta, P. (1999). *A família face ao doente terminal hospitalizado*. Enfermagem Oncológica nº 12 , pp. 20-24.
34. Torga, M. (1995). *Diário IX - XVI*. Coimbra: 2ª edição Graf. de Coimbra.
35. Vieira, M. (1995). *Cuidar, defendendo a autonomia da pessoa cuidada*. Servir- Vol. N.º 43-n.º 3, pág. 115 .
36. World; Health Organization – *WHO definition of palliative care*. Disponível em URL:
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/enf>.
37. <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2041/pgs/materia%2021-41.html>
38. Fonte: <http://www.camilianos.org.br/historia.asp>
39. Fonte: <http://educacao.uol.com.br/biografias/charles-dickens.jhtm>
40. Fonte: http://ww3.scml.pt/media/revista/rev_10/Santa_Casa.pdf.
41. Fonte: <http://www.dialogocomosfilosofos.com.br/category/bentham/>
42. Fonte: <http://cvc.instituto-camoes.pt/filosofia/ilu10.html>
43. http://www.filles-de-la-charite.org/pt/st_louise_de_marillac.aspx