

A PERCEPÇÃO DE CORPO E O PROCESSO DE MORRER NA FALA DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EM FASE AVANÇADA DA DOENÇA

Candido Jeronimo Flauzino

RESUMO

Este trabalho é resultado de uma pesquisa sobre a percepção de corpo e o processo de morrer nos pacientes oncológicos em fase avançada da doença. Tal percepção aparece durante a hospitalização a partir da possibilidade dada ao paciente da reflexão sobre a morte e o morrer. Realizei uma pesquisa qualitativa, na abordagem fenomenológica, com base na experiência vivida da paciente e minha enquanto profissional. Para isso, apresento a descrição de um caso acompanhado pelo pesquisador no hospital. Nas falas da paciente está expresso o significado para ela acerca da sua percepção de corpo e o processo de morrer; este relato possibilitou a compreensão do fenômeno e desvelou os caminhos percorridos na trajetória pessoal e na interação desta paciente com o outro e com o mundo. Por meio da Técnica de História Oral, foram levantadas as unidades de significado, transformadas em categorias analisadas fenomenologicamente, as quais possibilitaram o desvelar do sentido do processo de morrer e a percepção de corpo na angústia frente a finitude da vida e o papel do psicólogo, enquanto profissional do cuidado, de facilitador no processo reflexivo surgido na paciente ao pensar sobre o fim da sua vida. E com isso, estabeleci diálogos com alguns autores da área.

Palavras – Chave: Paciente Oncológico, Corpo e Processo de Morrer.

ABSTRACT

This work is a result of a research about the body perception and the dying process in patients with cancer in an advanced stage. This perception arises during the hospitalization according to the meditation possibility given to the patient about death and the dying process. I've done a quality research, according to the phenomenology approach, based in the patients experienced in life and mine as a professional. In order to that, is shown one case description, followed by the researcher in the hospital. On the patient's speech is expressed the meaning to this patient about the body perception and the dying process; that report allowed the phenomenon comprehension and showed the professionals personal ways and the subject in contact with others and with the world. By using the Verbal Description Technique, the meanings units were made-up, transformed in categories analyzed by the phenomenology approach. They allowed to find out how the dying process and the body perception which afflict them in the end of their lives and it showed how important is the psychologist work as a career professional who helps the patients to think about the end of their lives as well how they have gone. Dialoguing with some authors of this researching area.

Key – Words: Oncological Patient, Body and Dying Process.

INTRODUÇÃO

*“... Até quando o corpo pede um pouco mais de alma,
Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma,
A gente espera do mundo e o mundo espera de nós,
Eu sei, a vida não pára...”*
(LENINE)

Somos escolhidos por um tema, ou é o contrário? A construção deste trabalho se iniciou a partir de uma reflexão pessoal sobre questões relacionadas a percepção de corpo do paciente oncológico em fase avançada da doença e o processo de morrer deste no âmbito hospitalar, enquanto psicólogo hospitalar que atendia esta população, a qual, de certa forma, levou-me à diversas inquietações, pois:

“Instalava-se assim um pensamento universal que recalava tanto sua experiência do outro como sua experiência de si mesmo. Mas enquanto psicólogo ele estava envolvido em uma tarefa que o chamava de volta a si mesmo, e não podia permanecer nesse ponto de inconsciência. Pois o físico não é o objeto do qual fala, nem o químico; ao contrário, o psicólogo era ele mesmo, por princípio, o fato do qual tratava. Essa representação do corpo, essa experiência mágica que ele abordava com desapego era ele mesmo, ele a vivia ao mesmo tempo em que a pensava. (...) este saber, como todos os outros, só se adquire por nossas relações com o outro (...)”.
(MERLEAU-PONTY, 1999, p. 140-141).

Ser psicólogo implica em lidar, também, com os próprios conteúdos mobilizados no contato com o outro, neste caso, a paciente que vivenciava o seu processo de morrer. Morrer implica em renúncia, renúncia da própria vida; exige a aceitação da não mais vida, e tal aceitação é o que caracteriza as diversas formas de morrer. O modo como o paciente se percebe enquanto corpo, existência e um ser-para-a-morte, influencia na maneira dele lidar com tal processo.

Como nos diz MERLEAU-PONTY (1999):

“O doente tem consciência do espaço corporal como local de sua ação habitual, mas não como ambiente objetivo, seu corpo está à sua disposição como meio de inserção em uma circunvizinhança familiar, mas não como meio de expressão de um pensamento espacial gratuito e livre”. (p. 151).

Acompanhar um paciente morrer é, de certa forma, se deparar com as suas próprias perdas, tais como: dos contatos, dos anos que se passaram, dos vínculos que não mais se sustentam, enfim, dentre outras tantas perdas que lidamos no nosso cotidiano.

Morrer está diretamente ligado à perda do corpo, da existência quando ele ainda existe. E este é: “... veículo do ser no mundo, e ter um corpo é, para um ser vivo, juntar-se a um meio definido, confundir-se com certos projetos e empenhar-se continuamente neles”. (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 122). Projetos que possivelmente não poderão ser mais executados.

Durante toda a nossa vida vivenciamos situações de perda, como a infância, adolescência, dentre outras. Momentos impossíveis de serem revividos. Sempre quis não perder, mas nunca pude deixar de sentir tais perdas em vida. Elas ocorrem naturalmente, como decorrência do vivido. Quando o paciente está morrendo no leito, brigando com a morte, caracteriza uma oportunidade dele de viver esta situação, diferente de qualquer outra que ele já viveu e isso pode ocorrer de forma silenciosa quando não lhe é dada a oportunidade de falar sobre tal evento, a percepção da morte.

“... no conjunto de meu corpo se delimitam regiões de silêncio. Portanto, o doente sabe de sua perda justamente enquanto a ignora, e ele a ignora justamente enquanto a conhece [...] Esse paradoxo é o de todo ser no mundo: dirigindo-me para um mundo, esmago minhas intenções perceptivas e minhas intenções práticas em objetos que finalmente me aparecem como anteriores e exteriores a elas, e que todavia só existem para mim enquanto suscitam pensamentos e vontades em mim”. (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 122).

O indivíduo doente geralmente, ao entrar em contato com a sua condição, tende a omitir dos outros e de si mesmo o seu real estado de saúde e todos, enquanto humanos, somos seres para a morte, segundo HEIDEGGER. Existem diversas formas de morte e de morrer, nesse momento eu me atentarei mais em como o paciente oncológico lida com tal tema, uma vez que eu acredito que todos os pacientes diagnosticados com algum tipo de câncer, já sentiram receio da morte e pensaram como seria o seu próprio processo de morrer.

Hoje, mesmo considerando os mais diversos tipos de tratamentos para o câncer, a questão da morte para este grupo de pacientes ultrapassa o conhecimento cognitivo das informações sobre os avanços em seu tratamento.

“Percepções novas substituem as percepções antigas, e mesmo emoções novas substituem as de outrora, mas essa renovação só diz respeito ao conteúdo de nossa experiência e não à sua estrutura; o tempo impessoal continua a se escoar, mas o tempo pessoal está preso”. (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 123).

Talvez o paciente com câncer, nunca pensou sobre sua morte antes do diagnóstico, mas com o advento de tal informação fez com este alterasse a sua percepção dela, voltando-se para si mesmo, portanto, ela tende ser totalmente aversiva para o paciente. E quando ela deixa de fazer parte da vida, como uma fase natural do desenvolvimento do ser vivo e a aversão vem da consciência da morte, de saber que independente de quando for, um dia todos morreremos.

“A união entre a alma e o corpo não selada por um decreto arbitrário entre dois termos exteriores, um objeto, outro sujeito. Ela se realiza a cada instante no movimento da existência. Foi a existência que encontramos no corpo aproximando-nos dele por uma primeira via de acesso, a da fisiologia”. (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 131).

O rompimento do corpo com a alma caracteriza a morte para as culturas que acreditam na alma como algo que todos nós possuímos. Consideramos a união do corpo com a alma concebida como existência. Sendo assim, interrogo como é para o paciente oncológico lidar com este processo de morrer, ou seja, a perda concreta do seu corpo, da sua existência, o não mais existir.

EXPLICITAÇÃO DA PERGUNTA NORTEADORA

Este trabalho é fruto da interrogação do pesquisador acerca da percepção de corpo e o processo de morrer para pacientes oncológicos em fase avançada da doença, surgida a partir do envolvimento direto no acompanhamento psicológico dos mesmos. A inquietação ocorreu ao se deparar com a angústia que os pacientes apresentam; e o enfrentamento do ser profissional do cuidado que exige a presença autêntica no procedimento.

Sem encontrar respostas prontas a esta interrogação, impus-me num caminho que me permitiu ouvir quem realmente vivenciou essa situação em seu mundo-vida sem que se projete nele o acúmulo de teorias explicativas. A partir daí se construiu a pergunta norteadora: *“Como se dá a percepção de corpo e o processo de morrer no paciente oncológico em fase avançada da doença?”* Com a pergunta, coloquei-me numa escuta autêntica para ouvir o paciente oncológico neste estágio.

E, pelo fato do corpo não ser um simples amontoado de órgãos, pois eu não apenas possuo um corpo e sim sou e o tenho; o qual, neste estágio, requer cuidados que passam a ser paliativos e não mais de cura; um acompanhamento por parte dos profissionais que exige competência técnica e capacidade de acolher a dor e a iminência da morte do outro no processo de cuidar.

“Para o doente não acontece mais nada, nada adquire sentido e forma em sua vida – ou, mais exatamente, ocorrem apenas ‘agora’ sempre semelhantes, a vida reflui sobre si mesma e a história se dissolve no tempo natural”. (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 227).

Percebo, nestes pacientes, a perda do envolvimento com a vida, ou seja, um desligamento com a mesma, quando já não se tem mais tempo para viver. Sendo assim, apresento a forma utilizada para a obtenção e compreensão de tais percepções.

PROCEDIMENTOS E SEUS FUNDAMENTOS

Com base no método fenomenológico proposto por HUSSERL e alguns de seus seguidores como MAURICE MERLEAU-PONTY, foi ouvido o relato da paciente (CLÁUDIA), a partir do qual foram levantadas as unidades de sentido, transformadas em categorias analisadas fenomenologicamente. A relevância desta pesquisa se dá na contribuição de estudos já desenvolvidos por pesquisadores da área.

Na pesquisa fenomenológica, o pesquisador está voltado para o fenômeno a ser investigado, de forma a não considerar os pressupostos prévios sobre o tema. Por meio do relato de acompanhamento, foi possível a participante desta pesquisa expressar o significado do que foi por ela vivido. Tal expressão consiste em relatar de forma natural e espontânea a situação experienciada pela paciente. (MARTINS & BICUDO, 1994).

“... a fala é a única, entre todas as operações expressivas, capaz de sedimentar-se e de constituir um saber intersubjetivo”.
(MERLEAU-PONTY, 1999, p. 257-258).

INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma Pesquisa Qualitativa, baseada no Método Fenomenológico, no qual não é a quantidade de dados que garantem o rigor e a fidedignidade da pesquisa.

PARTICIPANTE: Uma paciente adulta com câncer, considerada em fase avançada da doença (terminal).

INSTRUMENTO: Relatórios de acompanhamento da paciente das situações de intervenção no período de internação hospitalar, os quais apresentam situações de experiência dela. Os mesmos foram utilizados, por mim, após a autorização escrita, legal, de um familiar representante da paciente; após o óbito dela.

Estes relatórios foram confeccionados após os atendimentos psicológicos à referida paciente. Mais um procedimento dos tantos que compõem a rotina hospitalar, que, com suas intervenções constantes e a imprevisibilidade dos resultados do tratamento; contribuem para o desencadeamento do processo de crise com os sintomas de depressão, ansiedade, angústia e despersonalização. Estes sintomas conjugados aos da doença orgânica aumentam a vulnerabilidade física e emocional.

Como nos ensina NIGRO (2004):

“O hospital é um lugar de cura, mas é um lugar de desamparo, de urgências, muitas vezes impossíveis de serem traduzidas em palavras...” (p. 40).

O profissional de psicologia deve compreender o paciente como um ser humano, ao estudar as reações deste à hospitalização, as significações psíquicas do adoecer orgânico, o impacto humano do relacionamento com profissionais da saúde, as dificuldades de comunicação

dentro da equipe de saúde e o quanto a família pode participar no período de hospitalização do doente. A sua atuação não limita somente às revelações/orientações diagnósticas e prognósticas ou terapêuticas, mas sim no lidar com o sofrimento, dor e morte.

De acordo com KOVÁCS (2003), o papel do psicólogo é de facilitador no processo de comunicação, na possibilidade do paciente expressar os seus sentimentos e necessidades; exatamente no momento em que a comunicação se encontra dificultada, no processo de morrer.

“O psicólogo não podia deixar de redescobrir-se enquanto experiência, quer dizer, enquanto presença sem distância ao passado, ao mundo, ao corpo e ao outro, no momento mesmo em que ele queria perceber-se como objeto entre os objetos”.
(MERLEAU-PONTY, 1999, p. 142).

Deste modo, o psicólogo é parte da sua atuação, a qual também tem um efeito sobre este profissional que atua. E, de acordo com os seus interesses, todo trabalho que o psicólogo realiza dentro do hospital pode ser objeto de estudo e de pesquisa na produção teórica e prática; este trabalho deve ser realizado em função da prática hospitalar do profissional. Eu me atentei mais para as questões relacionadas à percepção de corpo e o processo de morrer, uma vez que: *“... pacientes à morte ainda estão vivos, têm sentimentos, desejos, necessidades e demandas; fato, muitas vezes, ignorado quando só se têm olhos para órgãos e sintomas”.* (KOVÁCS, 2003, p. 90).

Independente do prognóstico ainda há de se respeitar a vida existente naquele ser humano, que é alguém capaz de sentir prazer no seu corpo. O paciente com câncer não está imune de nada, ele está sujeito às perdas, restrições como qualquer outra pessoa sem o câncer, sendo assim, devemos considerar que:

“Um outro aspecto fundamental na lida com pacientes de câncer é ouvi-los. Ouvir é uma arte difícil. É um ato que sofre inúmeras interferências do mundo interno de quem tenta fazê-lo de forma que, muitas vezes, deixamos nosso interlocutor sozinho, sem ser acolhido ou compreendido [...] Ouvir-las é um ato que pode ajuda-las também a aprender a se ouvir [...] o que pode ser fundamental no processo de aquisição de melhor qualidade de vida”. (CARVALHO In KOVÁCS, 1992, p. 229-230).

E, de acordo com KOVÁCS (2003), o toque é de extrema importância para o paciente gravemente enfermo, uma vez que muitos deles já há tempo não são tocados. Ele resgata a possibilidade de nossa humanidade, do nosso corpo e das sensações de ainda estar vivo. A autora ainda nos ensina num outro momento: *“Experimentar novos prazeres, sentir o limite do possível é viver a vida nos seus extremos”.* (KOVÁCS, 1992, p.05).

O CAMINHO À PARTICIPANTE

O depoimento apresentado é de uma paciente portadora do câncer em fase avançada da doença. Estão apresentados, neste trabalho, partes dos relatórios de acompanhamento psicológico para esta paciente durante a sua hospitalização. Foi solicitado do representante da família a assinatura de uma autorização escrita e legal para a utilização deste recurso.

Em suas falas, a paciente nos doa as suas experiências, sentimentos, emoções e esperanças, nos permitindo a elaboração de um saber que parte da concretude de sua vida. Livre da necessidade de generalizações, a história oral se mostra essencial para compor aspectos perceptivos de corpo e o processo de morrer para pacientes oncológicos, que ao se materializar em documentos escritos, ganham objetividade.

Como nos ensina MERLEAU-PONTY (1999):

“... o passado não é passado, nem o futuro é futuro. Eles só existem quando uma subjetividade vem romper a plenitude do ser em si, desenhar ali uma perspectiva, ali introduzir o não-ser. Um passado e um porvir brotam quando eu me estendo em direção a eles. Para mim mesmo, eu não estou no instante atual, estou também na manhã deste dia ou na noite que virá, e meu presente, se quiser, é este instante, mas é também este dia, este ano, minha vida inteira”. (p. 564).

Os significados da existência do ser estão no seu discurso. Exteriorizar o que sente é uma forma de expor o que diversas vezes não é visível. Após atenta leitura do relato, ele foi literalizado. Foram levantadas as unidades de significado, transformadas em categorias, as quais possibilitaram chegar a estrutura geral do fenômeno estudado que é o desvelar do sentido do processo de morrer e a percepção do corpo, após a análise ideográfica.

CLÁUDIA - 55 ANOS

DIAGNÓSTICO: Câncer Gástrico com Metástase Óssea.

DESCRIÇÃO DO ACOMPANHAMENTO

Eu conheci a CLÁUDIA numa visita de rotina nos leitos do hospital; em princípio verifiquei o prontuário da paciente, no qual constatava o diagnóstico de câncer.

Na primeira visita, encontrava-se no quarto uma mulher maquiada (paciente), deitada numa cama com lençóis de cor laranja na companhia da irmã. A paciente disse-me que sentia uma intensa dor no abdome; há um ano ela havia sido diagnosticada com câncer no estômago, passou por uma cirurgia para a retirada de um tumor, teve boa recuperação e depois voltou a ter sua vida cotidiana normalmente.

Segurando as minhas mãos, chorou, expressou o quanto estava sendo difícil passar por tudo aquilo, contou que estava sendo muito sacrificado viver daquele jeito, sem poder fazer suas atividades que estava acostumada a fazer antes do tratamento da doença. Fiquei por quase uma hora compartilhando aquele momento com a paciente, momento importante, uma vez que este também caracteriza parte do procedimento da psicologia com o paciente hospitalizado.

Nas palavras de MERLEAU-PONTY (1999), entendo que:

“... o medicamento psicológico não age sobre o doente fazendo-o conhecer a origem de sua doença: por vezes, um contato de mão põe fim às contraturas e restitui a fala ao doente, e a mesma manobra, tornada rito, será depois suficiente para dominar novos acessos”. (p. 225-226).

Entretanto, estar ali, na presença da paciente gerou um efeito, talvez, mais benéfico do que explicar o por quê do surgimento da sua doença. No meu último encontro com a paciente, um dia antes de sua morte, fui visitá-la no seu leito (apartamento individual). CLÁUDIA estava no quarto a meia luz, deitada na cama com seus próprios lençóis, vestida de camisola na cor laranja, maquiada, sonolenta, ao som das músicas japonesas de fundo, num clima de passagem.

MERLEAU-PONTY (1999), menciona que:

“A visão dos sons ou a audição das cores se realizam como se realizar a unidade do olhar através dos dois olhos: enquanto meu corpo é não uma soma de órgãos justapostos, mas um sistema sinérgico do qual todas as funções são retomadas e ligadas no movimento geral do ser no mundo, enquanto ele é a figura imobilizada da existência”. (p. 314).

Mesmo próxima da morte, ela pôde fazer o que gostava, ouvir suas músicas preferidas, uma forma de interação da paciente com o mundo. Nesta mesma ocasião, ela segurou a minha mão e pediu para que eu me sentasse na cadeira ao lado da sua cama; contou-me como foi o período da alta hospitalar, em que ela pode retornar à sua casa, ficar com o seu marido; relatou o quanto foi difícil ter que ensiná-lo a realizar as tarefas que ela não podia mais realizar; ensinou-o a cuidar...

Percebemos que, nas palavras de MERLEAU-PONTY (1999):

“O passado e o porvir existem em demasia no mundo, eles existem no presente, e aquilo que falta ao próprio ser para ser temporal é o não-ser do alhures, do autrora e do amanhã. O mundo objetivo é excessivamente pleno para que nele haja tempo”. (p. 552).

Nesta ocasião, a paciente apertou a minha mão que ela já a segurava e dormiu; permaneci por mais alguns minutos ali ao seu lado e posteriormente me despedi dela com um “tchau” que não se repetiria e a deixei dormindo à meia luz ao som de uma música japonesa de fundo. Talvez esta foi a melhor forma que nos foi dada enquanto oportunidade para nos despedirmos um do outro, paciente e profissional, ao considerarmos que:

“Os motivos psicológicos e as ocasiões corporais podem-se entrelaçar porque não há um só movimento em um corpo vivo que seja um acaso absoluto em relação às intenções psíquicas, nem um só ato psíquico que não tenha encontrado pelo menos seu germe ou seu esboço geral nas disposições fisiológicas”.
(MERLEAU-PONTY, 1999, p. 130).

LITERALIZAÇÃO DAS FALAS DA CLÁUDIA

“Estou aqui novamente, não estou muito bem, estou cada vez mais magra, passei mal e tive que voltar, o bom disso é poder ver todos vocês novamente”.

“Sinto como alguém que não pode mais fazer nada, como se tudo estivesse acabando!”.

“Acho que estou morrendo!”.

“Sinto uma paz interior, sinto que estou bem, sem dor, sinto um alívio, acho que é um alívio da vida”.

CATEGORIAS LEVANTADAS

1. Retorno ao Hospital: a percepção do corpo na reincidência da doença.

“Estou aqui novamente, não estou muito bem, estou cada vez mais magra, passei mal e tive que voltar, o bom disso é poder ver todos vocês novamente”.

2. Processo de Morrer: a dor da perda da vida.

“Sinto como alguém que não pode mais fazer nada, como se tudo estivesse acabando!”.

“Acho que estou morrendo!”.

3. Iminência de Morte: o desencarnar através do contato com as perdas.

“Sinto uma paz interior, sinto que estou bem, sem dor, sinto um alívio, acho que é um alívio da vida”.

CATEGORIAS ANALÍTICAS

1. Retorno ao Hospital: a percepção do corpo na reincidência da doença.
2. Processo de Morrer: a dor da perda da vida.

3. Iminência de Morte: o desencarnar através do contato com as perdas.

A PERCEPÇÃO DE CORPO E O PROCESSO DE MORRER

Ao se deparar com a própria finitude, a pessoa entra em contato com os seus limites e perdas, o que gera angústia. Estar diante da possibilidade de morte e ter consciência dela propicia uma experiência única para a paciente, família e equipe multiprofissional, impossível de ser comparada a qualquer outra. Implica em perceber-se de forma diferente, nova, uma possível despedida do próprio corpo.

Como nos coloca MERLEAU-PONTY (1999), o espaço não é o ambiente real ou lógico, em que as coisas se dispõem, mas é o meio pelo qual a posição das coisas se torna possível, o que nos possibilita vivenciar o “*ser-para-a-morte*”, experiência única e individual. No contexto hospitalar nos deparamos e a vivenciamos diariamente, mesmo exercendo os mais diversos papéis sociais e profissionais, os quais nos possibilita compreender que:

“Não podemos permanecer nesta alternativa entre não compreender nada do sujeito ou não compreender nada do objeto. É preciso que reencontremos a origem do objeto no próprio coração de nossa experiência, que descrevamos a aparição do ser e compreendamos como paradoxalmente há, para nós, o em si. [...] o corpo, retirando-se do mundo objetivo, arrastará os fios intencionais que o ligam ao seu ambiente e finalmente nos revelará o sujeito que percebe assim como o mundo percebido”. (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 109-110).

Como nos ensina a citação, neste caso, a experiência de morte é vivenciada por todos que participam do contexto do paciente no fim de sua vida, pois não há como ignorar tal contato, mesmo quando este acontece de forma silenciosa e camuflada.

Deste modo, ao pesquisar como se dá a percepção de corpo e o processo de morrer no paciente oncológico em fase avançada da doença, apresentaram-se realidades e vivências singulares, tanto por parte dos pacientes como dos profissionais; e a partir do relato desta paciente cheguei às categorias analíticas que me permitiram o diálogo com as teorias e autores estudados.

1. RETORNO AO HOSPITAL: A PERCEPÇÃO DO CORPO NA REINCIDÊNCIA DA DOENÇA

Esta categoria expõe o contato com as perdas que a doença provoca no corpo do doente e as suas conseqüências na reincidência da doença, o que leva a necessidade da paciente de retornar ao hospital. Uma aceitação imposta pelo câncer e não um desejo, uma escolha, como nos disse CLÁUDIA:

“Estou aqui novamente, não estou muito bem, estou cada vez mais magra, passei mal e tive que voltar, o bom disso é poder ver todos vocês novamente”.

Tal acontecimento permitiu a paciente re-encontrar os profissionais envolvidos no tratamento dela e rever, principalmente, o seu vínculo com a irmã, com quem teve a oportunidade de compartilhar os seus últimos dias de vida. Elas puderam repensar esta relação, pois enquanto há vida, existem possibilidades. Estar diante da morte, talvez permitiu elas criarem um novo vínculo afetivo antes do término daquela vida.

O retorno ao hospital, neste caso, possibilitou algumas reflexões à paciente e sua irmã, o que transcendeu o cuidado com o corpo doente. Com as palavras de MERLEAU-PONTY (1999), considero que: *“Cada momento do tempo, segundo sua própria essência, põe uma existência contra a qual os outros momentos do tempo nada podem”*. (p. 525). Provavelmente elas nunca tiveram, ou teriam, a oportunidade de estabelecer esta nova forma de se relacionar.

2. PROCESSO DE MORRER: A DOR DA PERDA DA VIDA

Diante da possibilidade de morte, muitos pacientes se desesperam e pedem um pouco mais de paciência para com a vida. CLÁUDIA sonhava poder voltar à sua rotina diária de trabalho, almejava a vida de antes da doença, o que não lhe foi possível. Ela percebeu a morte como um alívio, uma paz interior, sem se queixar, neste momento, das perdas do corpo, da vida, da existência; segundo suas palavras:

“Sinto como alguém que não pode mais fazer nada, como se tudo estivesse acabando!”.

“Acho que estou morrendo!”.

Nos ensina VARELLA (2004), que: *“O desejo de viver é instinto tão arraigado que os seres vivos só se entregam à morte depois de exaurido o último resquício de suas forças”*. (p. 43). Isto fica claro quando CLÁUDIA menciona o seu desejo de retornar aos seus afazeres e se sentia impossibilitada de tal.

Situação decorrente do tratamento do câncer, na concepção de BRUNS *In* CASTRO (2003), a doença, como qualquer outra realidade humana, se constitui em significado para quem vive. Ainda que se possa pensar que a doença seja originada somente do organismo, nas suas composições (filosóficas e anatômicas), o corpo de quem carrega a patologia pensa e sente.

Ao longo do processo de adoecer, a paciente foi identificando as perdas que este a impunha, como nos ensina MERLEAU-PONTY (1999):

“Posso fechar os olhos, tapar os ouvidos, mas não posso deixar de ver, nem que seja o negro de meus olhos, de ouvir, nem que seja este silêncio, e da mesma maneira posso colocar entre parênteses as minhas opiniões ou minhas crenças adquiridas, mas, o que quer que eu pense ou decida, será sempre sobre o fundo daquilo que anteriormente acreditei ou fiz”. (p. 529).

Complementa KOVÁCS In BROMBERG (1996):

“O homem é um ser mortal, cuja principal característica é a consciência de sua finitude, que o diferencia dos animais”. (p. 12).

E, de acordo com as palavras de FORGHIERI (2004), mesmo que despojamos das melhores condições de vida, o indivíduo, enquanto ser humano, nunca conseguirá vencer a morte, condição do ser finito, ou seja, de não se deparar com a própria morte um dia.

3. IMINÊNCIA DE MORTE: O DESENCARNAR ATRAVÉS DO CONTATO COM AS PERDAS

A percepção de que se está morrendo ocorre algum tempo antes do paciente morrer, me refiro mais especificamente quando este já está num processo avançado da doença e isso pode ser expresso por ele quando lhe é dada a oportunidade de tal e para isso os profissionais da saúde precisam estar preparados para ouvir o que os seus pacientes têm a lhes dizer, por exemplo, relatos de perdas, angústias, dificuldades e desejos, como expressa a referida paciente em sua fala:

“Sinto uma paz interior, sinto que estou bem, sem dor, sinto um alívio, acho que é um alívio da vida”.

Tal percepção foi possível a partir da presença do outro, neste caso, do psicólogo, o qual deu a ela a referência das perdas; como nos ensina MERLEAU-PONTY (1999):

“Até o momento do coma, o moribundo é habitado por uma consciência, ele é tudo aquilo que vê, ele tem este meio de escape. A consciência nunca pode objetivar-se em consciência-de-doente ou consciência-de-enfermo e, mesmo se o velho se queixa de sua velhice ou o enfermo de sua enfermidade, eles só podem fazê-lo quando se comparam aos outros ou quando se vêem pelos olhos dos outros”. (p. 581).

ANÁLISE IDEOGRÁFICA

De acordo com CASTRO (2003), ela é a unidade estrutural, a intersubjetividade, ou seja, as inter-relações dos significados, que o sujeito expressa em relação à pergunta norteadora. Esta possibilitou penetrar no percebido da paciente para compreender o fenômeno. *“É o desocultar do sujeito em seu discurso”.* (p. 203).

No retorno ao hospital, CLÁUDIA expressou a sua percepção acerca das alterações no corpo, como fraqueza, entre outras. O contato com a decadência do corpo no processo de adoecer possibilitou a paciente perceber que a sua vida estava acabando. Para ela a morte vinha como um alívio da vida, algo irreversível, inadiável para ela naquele estado.

SÍNTESE DE UM PENSAR

Como Psicólogo, compreendi no fazer deste trabalho, a necessidade de ouvir a dor e compreender o modo de ser do paciente com câncer no processo de morrer, que independente do seu estado, CLÁUDIA ainda tinha vida e era capaz de desejar, amar e sonhar; alguém que viveu uma história e assim sendo: ***“A existência sempre assume o seu passado, seja aceitando-o ou recusando-o”***. (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 526). Coube a mim enquanto profissional compartilhar com esta paciente o final da sua existência, a perda da vida, pois sabemos que:

“Aqueles que tiverem a força e o amor para ficar ao lado de um paciente moribundo, com o silêncio além das palavras, saberão que tal momento não é assustador nem doloroso, mas um cessar em paz do funcionamento do corpo”. (KÜBLER-ROSS, 1992, p. 286).

Mais do que um acontecimento, este me possibilitou compreender melhor o processo de morrer no contexto hospitalar, como também me permitiu sentir a presença que pulsa a vida para além da morte quando nos abrimos ao encontro do humano. A possibilidade de compartilhar com esta paciente a dor da perda concreta da vida em seu processo de morrer se colocou com a metáfora da sábia conselheira que me fez apreender que a morte fala da vida. É na finitude que se descobre a capacidade humana, mesmo que:

“O sentido e a beleza da vida não está no seu final. O sentido da vida está no seu caminhar, na sua travessia. A vida é termo, é tempo, é limite”. (BRUNS In CASTRO, 2003, p.248).

CLÁUDIA foi muito receptiva a intervenção profissional do psicólogo. Foi muito significativo poder acompanhá-la até o seu fim, até o momento da sua morte. Compartilhar esses momentos me fez entrar em contato com a minha história de perdas enquanto humano, que sou também um ser para a morte. Considera MERLEAU-PONTY (1999), que:

“O sentir é esta comunicação vital com o mundo que o torna presente para nós como lugar familiar de nossa vida. É a ele que o objeto percebido e o sujeito que percebe devem sua espessura”. (p. 84).

CLÁUDIA sentiu a presença da morte antes mesmo dela chegar; ela morreu na paz do seu leito, fora da UTI, sem sonda, tubos, máquinas; morreu ao som das suas músicas japonesas de fundo; deitada nos seus lençóis preferidos; maquiada como sempre gostou de ficar... A paz de uma morte desejada e almejada por tantos, que não tiveram nem terão tal oportunidade, o que a literatura considera de morte digna, com respeito a quem vai e a quem fica, ambos que vivenciam tal processo. Morrer é também um momento da vida e por assim ser, é de direito de quem o vivencia ter consciência e refletir sobre ele.

“Antes de ser um fato objetivo a união entre a alma e o corpo devia ser então uma possibilidade da própria consciência, e colocava-se a questão de saber o que é o sujeito que percebe se ele deve poder sentir um corpo como seu. Ali havia mais um fato ao qual nos submetemos, mas um fato assumido. Ser uma consciência, ou, antes, ser uma experiência, é comunicar interiormente com o mundo, com o corpo e com os outros, ser com eles em lugar de estar ao lado deles”. (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 142).

Durante a sua permanência no hospital, CLÁUDIA, no vivenciar daquela situação, pode ter consciência do seu processo de morrer ao refletir sobre a sua história de vida e a partir da percepção do enfraquecimento das capacidades vitais. Ela pode viver até a morte, algo percebido por ela até antes mesmo dela (morte) chegar e teve condições de recebê-la dignamente.

Ela despediu-se da sua cidade, dos seus afazeres e dos seus familiares; resgatou um vínculo que há tempo tinha se desfeito, que foi com que lhe cuidou até o seu fim (irmã); ensinou seu marido a caminhar sem mais a sua presença... Ela pôde ser ela até a morte! Compreendo, a partir das palavras de MERLEAU-PONTY (1999), que: *“É pelo tempo que pensamos o ser, porque é pelas relações entre o tempo sujeito e o tempo objeto que podemos compreender as relações entre o sujeito e o mundo”.* (p. 577).

De minha parte enquanto profissional, compartilhei desses momentos com a paciente; pude estar ao lado dela na dor, no relembrar de suas histórias, toquei suas mãos; estive nos seus últimos momentos de vida. Como forma de despedir-me dela e de vivenciar tal perda, dei-lhes *“tchau”* e pude chorar a beira do seu leito enquanto ela dormia e antes de deixá-la! Pois: *“Estar emocionado é achar-se engajado em uma situação que não se consegue enfrentar e que todavia não se quer abandonar”.* (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 127). Deste modo entendo que:

“O vivido intersubjetivo, em sua gênese, em seu dinamismo próprio, contém em si mesmo o anseio da descoberta, da aceitação de cada sujeito para seu crescimento na relação mútua. Tensão esta que abrange toda a humanidade enquanto totalidade de sujeitos e cria uma consciência universal e uma unidade humana”. (VALENTINI In DICHTCHEKENIAN, 1988, p. 141).

Imortal é a produção científica e o vivido como a história, as lembranças e as saudades; porque o corpo que vivencia é e sempre será finito. E perceber isto é algo difícil, requer disponibilidade do paciente e habilidade do profissional. Como disse KÜBLER-ROSS (1992): *não se mudou a morte, continuamos a morrer, o que mudou foi a forma de lidar com ela.*

Refletir sobre a percepção de corpo e o processo de morrer no paciente oncológico em fase avançada da doença é estar diante da dor da perda da vida e por assim ser, isto me fez vislumbrar outras possibilidades para a continuação deste trabalho em futuras produções, que foram sendo desveladas e por não fazerem parte deste, ficaram como convite à continuidade da reflexão, como por exemplo, um melhor aprofundamento e sustentação da teoria Merleu-Pontyana acerca da percepção de corpo neste grupo de pacientes bem como a questão da temporalidade, uma vez que:

“O tempo é pensado por nós antes das partes do tempo, as relações temporais tornam possíveis os acontecimentos no tempo”. (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 555).

E, como síntese deste trabalho, sinto que não posso me preparar pelo outro, pois sou único, singular, mas posso me preparar sim para a morte do outro, que invoca em mim a perda do vínculo que eu estabeleci com este outro. Perdas de todas as ordens e jamais recuperadas!

*“A morte vem de longe
Do fundo dos céus
Vem para os meus olhos
Virá para os teus...”*
(VINÍCIUS DE MORAES)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BROMBERG, M. H. P. F. et al. (1996). *“Vida e morte: laços da existência”*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

CARVALHO, V. A. (1996). *“Vida que há na morte”*. In: BROMBERG, M.H.P.F.; KOVÁCS, M.J.; CARVALHO, M.M.J.; CARVALHO, V.A. *Vida e morte. Laços da existência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

CASTRO, D.S.P. et al. (2003). *“Corpo e Existência”*. Org. CASTRO, D.S.P et al. São Bernardo do Campo: UMESSP.

DICHTCHEKENIAN, M. F. S. F. B. (Org.) (1988). *“Vida e morte: ensaios fenomenológicos”*. São Paulo: C.I.

FORGHIERI, Y. C. (2004), *“Psicologia fenomenológica: fundamentos e pesquisa”*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

KOVÁCS, M.J. (2003). *“Educação para a morte. Desafio na formação de profissionais de saúde e educação”*. São Paulo: Casa do Psicólogo. Fapesp.

KOVÁCS, M.J. (2003). *“Educação para a morte. Temas e reflexões”*. São Paulo: Casa do Psicólogo. Fapesp.

KOVÁCS, M.J.(1992). *“Morte e desenvolvimento humano”*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

KÜBLER – ROSS, E. (1992). *“Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos próprios parentes”*. São Paulo: Martins Fontes, 5^a ed.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. (1994). *“A pesquisa qualitativa em psicologia. Fundamentos e recursos básicos”*. São Paulo: Moraes.

MERLEAU-PONTY, M. (1999). *“Fenomenologia da percepção”*. Trad. Carlos A.R. de Moura. São Paulo: Martins Fontes.

NIGRO, Magdalena (2004). *“Hospitalização: o impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar”*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

VARELLA, Drauzio. (2004). *“Por um fio”* São Paulo: Companhia das Letras.