

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Candido Jeronimo Flauzino

O QUE ACONTECE NO ENCONTRO DO MÉDICO COM A
MORTE DO SEU PACIENTE

São Paulo

2012

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Candido Jeronimo Flauzino

O QUE ACONTECE NO ENCONTRO DO MÉDICO COM A
MORTE DO SEU PACIENTE

(Versão Original)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Orientadora: Prof^{fa}. Dr^a. Maria Júlia Kovács

São Paulo

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Flauzino, Candido Jeronimo.

O que acontece no encontro do médico com a morte do seu paciente / Candido Jeronimo Flauzino; orientadora Maria Júlia Kovács. -- São Paulo, 2012.

157 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Médicos 2. Oncologistas 3. Morte 4. Relação médico-paciente
5. Merleau-Ponty, Maurice, 1908-1961 6. Ética 7. Paciente de câncer
I. Título.

R707

FLAUZINO, Candido Jeronimo

O que acontece no encontro do médico com a morte do seu paciente

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Aprovado em: ____/____/2012.

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Maria Júlia Kovács (Presidente da Banca e Orientadora)

Instituição: Instituto de Psicologia da USP. Assinatura: _____

Prof^ª. Dr^ª. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Especialmente para os médicos que vivenciam a morte
cotidianamente nas suas práticas profissionais, em
especial, aqueles que participaram deste estudo,
por todas as suas vivências que me transmitiram
por meio de suas experiências
de vida e de morte.*

*Em cada fragmento de história está a estrutura do todo.
Com estes rústicos contadores de histórias, aprendi
a impossibilidade de não compartilhar da
condição humana e finitos que somos
quando a vida pode se tornar morte
e a morte pode se tornar vida
a qualquer instante!*

AGRADECIMENTOS

À minha existência e a quem a possibilitou...

Deus, por eu acreditar em algo superior, força maior representada pela fé, fé de ser capaz, de ser alguém iluminado por esta luz;

Pais, por serem batalhadores pela vida, pessoas capazes de sentir a dor de um filho, dom único e nobre, que me possibilitaram ser quem sou hoje;

Demais familiares, por estarem presentes no meu caminho, companheiros, acolhedores, admiradores e por me respeitarem;

Rodrigo e sua família, pelo companheirismo e presença no meu dia-a-dia, compartilhando dos momentos prazerosos e árduos do fazer este trabalho;

Amigos, infinitas amizades, pessoas que vão e vem; algumas duram uma vida, outras um instante, um momento, mas que deixam marcas significativas do seu existir na minha história;

Júlia, orientadora, pessoa acolhedora, profissional modelo de humildade e simplicidade, alguém muito humano, que mostrou o valor do meu trabalho e que, acima de tudo, acreditou em mim, em momentos que até mesmo eu duvidei ser capaz;

Dagmar, presente na minha vida e formação acadêmica desde a graduação e que, no compartilhar seus conhecimentos, saberes, experiências, confiou na minha capacidade de ser profissional; que me pegou nas mãos e me levou para dar os primeiros passos na psicologia e fenomenologia;

Verilda e Rui Josgrilberg, por compartilhar seus conhecimentos sobre fenomenologia, Merleau-Ponty, métodos de pesquisa; enfim, tudo isso me enriquece constantemente;

Daniel Forte e Gilberto Castro, médicos humanizados e pelas suas inspirações diretas e indiretas que contribuíram muito na construção do meu trabalho;

PEM (Pesquisa e Estudos Merleau-Pontyanos), grupo que me possibilita constantemente compartilhar e enriquecer os meus conhecimentos acerca da fenomenologia, em especial, sobre Merleau-Ponty;

Grupo de orientandos (LEM – USP), pelo companheirismo, cumplicidade e, acima de tudo, pelas constantes trocas de experiências de vida e morte;

*Obrigado a todos por existirem e me
possibilitarem existir!*

“Paciência”

Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma,

Até quando o corpo pede um pouco mais de alma,

A vida não pára,

Enquanto o tempo acelera e pede pressa,

Eu me recuso, faço hora na valsa,

A vida é tão rara,

Enquanto todo mundo espera a cura do mal,

E a loucura finge que isso tudo é normal,

Eu finjo ter paciência,

O mundo vai girando cada vez mais veloz,

A gente espera do mundo e o mundo espera de nós,

Um pouco mais de paciência,

Será que é o tempo que me falta para perceber,

Será que temos esse tempo pra perder,

E quem quer saber...

A vida é tão rara,

Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma,

Mesmo quando o corpo pede um pouco mais de alma,

Eu sei, a vida não pára.

Lenine

SUMÁRIO

RESUMO	11
ABSTRACT	12
REPENSANDO UMA TRAJETÓRIA.....	13
CAPÍTULO I: A MORTE E O HOSPITAL – LOCAL QUE A ACOLHE NA	
ATUALIDADE	20
1.1 – O Hospital	29
1.2 – Bioética	33
CAPÍTULO II: DA FORMAÇÃO MÉDICA E ÉTICA À FINITUDE DO	
PACIENTE	36
2.1 – Da ética à finitude do paciente	50
CAPÍTULO III: O MÉDICO ONCOLOGISTA FRENTE À MORTE E OS	
CUIDADOS PALIATIVOS.....	57
3.1 – Cuidados paliativos.....	71
OBJETIVOS	75
MÉTODO	76
PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	82
PARTICIPANTES	83
CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	83
LOCAL	84
DA COLETA DE DADOS	84
EXPLICITAÇÃO DA PERGUNTA NORTEADORA	85
ANÁLISE COMPREENSIVA DOS DADOS	86
IMPLICAÇÕES ÉTICAS	88
CAMINHO AOS PARTICIPANTES	89
1. R1 – N. D. B.	89
2. R2 – E. M.	96
3. R3 – A. C. B. B.	107
4. R4 – A. A. P. R. L.	122

CATEGORIAS ANALÍTICAS	131
ANÁLISE DAS CATEGORIAS	131
1. Relação médico e paciente: o desvelar das emoções e sentimentos	131
2. Relação médico e paciente: um distanciamento da morte do paciente	134
3. O encontro do médico com a morte: a morte imprevisível	137
4. Construção da identidade do sujeito: a dimensão ética do ser médico	140
CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
SINTO SAUDADE (Clarice Lispector)	149
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	150
ANEXO I (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)	155

RESUMO

FLAUZINO, C. J. **O que acontece no encontro do médico com a morte do seu paciente.** [Dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2012.

O que acontece no encontro do médico com a morte do seu paciente diz de algo estruturante da condição humana que transcende a formação acadêmica e mobiliza por este estar na presença de outro ser humano. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que teve como objetivo principal descrever e conhecer o que existe de estruturante no encontro do médico com a morte do seu paciente. Este estudo utiliza o método fenomenológico de pesquisa, entendido como um convite para o exercício reflexivo visando à construção de novos paradigmas na produção de conhecimento. O autor de base que fundamenta a análise teórica foi Maurice Merleau-Ponty (2006). Foram realizadas quatro entrevistas com médicos oncologistas clínicos, embasadas na pergunta norteadora: “*O que significa para você cuidar do paciente oncológico, sem possibilidade de cura, que vivencia o seu processo de morrer e posteriormente perdê-lo?*”. Após a realização das entrevistas, os relatos (ingênuos) foram literalizados, dos quais foram levantadas as unidades de análise e transformadas em categorias analisadas fenomenologicamente, que possibilitaram o diálogo intersubjetivo e objetivo com os pressupostos teóricos sobre o tema em pauta. Categorias estas denominadas de: 1. Relação médico e paciente: o desvelar das emoções e sentimentos; 2. Relação médico e paciente: um distanciamento da morte do paciente; 3. O encontro do médico com a morte: a morte imprevisível; 4. Construção da identidade do sujeito: a dimensão ética do ser médico. A partir da análise das categorias, observou-se que tal encontro ocorre de diversas formas, principalmente pelo distanciamento como os médicos em questão lidam com a morte de seus pacientes, vista como um acidente, com falta de diálogo que, necessariamente, esbarra nas questões éticas e de formação acadêmica. A estrutura do fenômeno reside na ausência de diálogo pela dificuldade de lidar com os próprios sentimentos e emoções emergidas do processo de perda por morte de seus pacientes.

Palavras – Chave: 1. Médicos 2. Oncologistas 3. Morte 4. Relação médico-paciente 5. Merleau-Ponty, Maurice, 1908-1961 6. Ética 7. Paciente de câncer

ABSTRACT

FLAUZINO, C. J. **What happens in the doctor's encounter with the death of his patient.** [Dissertation]. São Paulo: Psychology Institute, University of Sao Paulo; 2012.

What happens in the doctor's encounter with the death of his patient says about human condition structuring which transcends academic formation and mobilizes in the presence of another human being. This is a qualitative research which had as its principal aim to describe and know what exists of structuring in the doctor's encounter with the death of his patient. This study uses the phenomenological method of research, understood as an invitation to the reflexive exercise which aims the construction of new paradigms in the knowledge production. The fundamental author who substantiates the theoretical analysis is Maurice Merleau-Ponty (2006). Four interviews with clinical oncologist doctors were made, based on the guiding question: *"What means to you to take care of the cancer patient, without the possibility of healing, who experiences his dying process and eventually lose him?"* After the interviews were made, the narratives (literal) were literalized, from which the analysis units were raised and transformed into phenomenologically analyzed categories, which enabled the intersubjective and objective dialog with the theoretical presuppositions about the subject under discussion. These categories are named: 1. Relation between doctor and patient: the unveiling of emotions and feelings; 2. Relation between doctor and patient: a detachment from the patient's death; 3. The doctor's encounter with death: the unpredictable death; 4. Construction of the subject's identity: the ethical dimension of being a doctor. From the analysis of the categories it was possible to observe that such encounter occurs in several ways, mainly by the detachment which the doctors from this study deal with the death of their patients, seen as an accident, with lack of dialog that necessarily touches the ethical and academic formation questions. The structure of the phenomenon dwells in the lack of dialog due to the difficulty to deal with one's own feelings and emotions emerged from the process of losing one's patients by death.

Key – Words: 1. Doctors 2. Oncologists 3. Death 4. Relation between doctor-patient 5. Merleau-Ponty, Maurice, 1908-1961 6. Ethics 7. Patient with cancer

REPENSANDO UMA TRAJETÓRIA

*“... suponho que me entender
não é uma questão de inteligência
e sim de sentir, de entrar em contato.
Ou toca, ou não toca...”*
(Clarice Lispector)

O que acontece no encontro do médico com a morte do seu paciente diz de algo estruturante da condição humana que transcende a formação acadêmica e mobiliza por este estar na presença de outro ser humano. Para tanto, investigo neste estudo o que acontece no encontro do médico com a morte do seu paciente a partir da pergunta norteadora: *“O que significa para você cuidar do paciente oncológico, sem possibilidade de cura, que vivencia o seu processo de morrer e posteriormente perdê-lo?”*

Sendo assim, recorro à minha vivência enquanto pesquisador que revela que a escolha do tema se deu a partir de estudos anteriores sobre a morte. Em 2005 apresentei a primeira produção acadêmica relacionada a este tema, intitulada: *“Crônica de uma morte anunciada: o processo de morrer na fala dos pacientes oncológicos em fase avançada da doença e seus familiares.* (FLAUZINO, 2005). Neste texto, discuti a questão da morte no contexto hospitalar e suas implicações para pacientes, familiares e profissionais da saúde.

O interesse por estudar o tema da morte surgiu da necessidade da ampliação do meu conhecimento acerca das questões relacionadas ao processo de morrer no âmbito hospitalar, agora no que diz respeito como profissionais da saúde, em especial, médicos oncologistas clínicos lidam com este evento presente na sua atuação profissional cotidiana na lida com pacientes com câncer no seu processo de morrer.

Diferente de outras épocas, não é possível pensar na prática hospitalar sem, de alguma forma, pensar no processo de morte e morrer. A morte é acontecimento presente no cotidiano de trabalho de profissionais da saúde, que diariamente vivenciam o processo

concreto ou simbolicamente. Profissionais da saúde viverão sempre a perda de seus pacientes por alta hospitalar, transferência ou óbito.

De acordo com o estudo acima mencionado dentre outros, morrer é não mais viver, é o fim das possibilidades concretas de algo, do por vir a ser. A morte acaba com sonhos, esperanças, possibilidades, o que a torna tão difícil de ser aceita e compreendida. Vivemos numa sociedade capitalista que visa ganhos, lucros e nunca as perdas, dificultando ainda mais o processo de perdas, percepção e elaboração da morte.

Casellato (2005) aponta que, na sociedade brasileira, a morte é marcada pela evitação e negação; e muitas são as situações em que não há o reconhecimento social e nem condições de expressar o pesar, compartilhar os sentimentos e pensamentos conflitantes sem receber apoio social e profissional para a reorganização psíquica diante da crise desencadeada por estas perdas.

Morrer implica em renúncia, renúncia da própria vida, exige a aceitação do não mais viver; e é esta aceitação que caracteriza os diversos tipos de morte. No mundo moderno, o hospital é o lugar escolhido ou imposto para se morrer. Atualmente mais de 80% das mortes ocorrem nos hospitais. Talvez ainda sejam estes que comportam a morte numa sociedade que a denuncia e não a aceita. O hospital passa a ser o lugar onde ela ocorre como consequência da condição humana de ser finito e, mesmo assim, é vista como denúncia da incapacidade médica-tecnológica. (FLAUZINO, 2005). Pois:

[...] o avanço da técnica permite, hoje, que o processo de morrer possa ser prolongado à vontade da equipe médica. Se a morte não pode ser suprida pode ser estendida, dando uma falsa idéia de onipotência e de vitória [...] A duração da morte passa, nestes casos, a depender mais de um acordo entre os médicos e familiares, deixando de ser um processo natural [...] Desenvolve-se um estilo de morrer no hospital. (KOVÁCS, 2003, p. 71)

O hospital deixa de ser somente o local em que se salva vidas; atualmente também acolhe o seu início e fim. Há desconforto entre os médicos e demais profissionais da saúde que são preparados para salvar vidas e não para aceitar a possibilidade de “*não mais vida*”. Esses profissionais se deparam com sua impotência diante da perda de seu paciente, com sua própria carga emocional e dos familiares. “O hospital é um lugar de cura, mas é um lugar de desamparo, de urgências, muitas vezes impossíveis de serem traduzidas em palavras [...]”. (NIGRO, 2004, p. 40)

E, “Por mais recursos tecnológicos de que ele (*hospital*) disponha, a morte sempre será vencedora”. (CASSORLA, 2003, p. 19). E, paralelo a isso, profissionais de saúde são obrigados a lidarem com sua impotência diante da perda de seu paciente e com seus sentimentos emergidos do processo de cuidar. Sabe-se que:

[...] a morte do doente pode trazer um certo alívio, mas, também, iniciar sentimentos de culpa, pois a pessoa acredita que tratou o outro da melhor forma possível e com isso não evitou a sua morte. (KOVÁCS, 1992, p. 159)

Na compreensão de Campos (2005), ajudar outras pessoas sempre foi reconhecido como tarefa nobre e só recentemente tem sido dada a devida atenção para a carga emocional da realização dessa atividade, em especial, do cuidado às pessoas no fim da vida. O exercício dessas profissões implica numa relação com o paciente permeada de ambiguidades, como conviver com a tênue distinção entre envolver-se profissionalmente e pessoalmente na ajuda às pessoas sob seus cuidados.

Acompanhar um paciente no seu processo de morrer é, de certa forma, encarar suas próprias perdas: de contatos, dos anos que se passaram, dos vínculos que não mais se sustentam, enfim, dentre outras tantas com as quais se lida na vida. E, “Às vezes, o mais difícil não é lidar com a morte e sim acompanhar o paciente vivo que está morrendo”. (KOVÁCS, 2003, p. 28); porque faz com que o profissional enquanto ser humano entre em contato direto com estas perdas e com a sua condição de ser finito também.

A morte do outro se configura como a vivência da morte em vida; sendo assim, é a possibilidade de experiência da morte que não é a própria, mas sim vivida como se uma parte nossa morresse, parte esta ligada ao outro pelos vínculos estabelecidos, neste caso, com os pacientes.

Para Ariès (2003), a morte presente no passado, familiar e domada vai se apagar e desaparecer no dias atuais, no que diz respeito ao modo como as pessoas a vivenciam. Essa atitude a torna vergonhosa e objeto de interdição. Na segunda metade do século XX, aqueles que cercam o moribundo tendem a poupá-lo e ocultar a gravidade de seu estado, fazendo com que a morte se tornasse selvagem.

Como a equipe de saúde, nos dias atuais, vivencia o processo de morrer no hospital, sempre me instigou a curiosidade para a seguinte questão: *Como é para profissionais da saúde vivenciarem o processo de morte do paciente oncológico em seu processo de morrer?* E ao interrogar o que é essa experiência para quem a vivencia, sou convocado a fazê-la para mim também. A morte do outro aponta para minha finitude. Todos os seres humanos são seres para a morte.

Existem diversas formas de morte e de morrer, tais como: rápidas, inesperadas, lentas, crônicas... Isto fez com que eu procurasse saber como médicos oncologistas clínicos lidam com este tema, uma vez que acredito que já vivenciaram, nas suas práticas profissionais, questões ligadas à morte e, ao vivenciarem este processo, se questionaram como seria seu próprio processo de morrer.

Considerando os vários tipos de tratamentos para o câncer, o processo de morrer e as suas fantasias a este respeito ultrapassam o conhecimento e informações sobre seus avanços e tratamentos. Pois:

Tratar de pacientes gravemente enfermos, deixá-los confortáveis e sem dor é uma das tarefas mais difíceis, envolvendo necessidade de escuta e de contatos intensos. (KOVÁCS, 2003, p. 33)

Na compreensão de CAMPOS (2005), se o profissional da saúde não conseguir elaborar e expressar suas angústias diante da morte de seus pacientes, dificilmente conseguirá modificar sua atitude e se preparar para lidar com os pacientes que estão morrendo.

Para KOVÁCS (2003): “As situações de vida e morte envolvem vários personagens: pacientes, familiares, equipe de saúde, além da instituição hospitalar...” (p. 168). Uma vez que não se é possível trabalhar na área da saúde, com seres humanos, sem se deparar, em algum momento, com questões relacionadas à morte e ao morrer, processo que remete às perdas que se vivenciam no dia-a-dia. BINOTTO (2005) considera que a aderência da equipe de saúde e o reconhecimento do valor do atendimento psicológico para enlutados são de fundamental importância nesta elaboração.

Os médicos, no contexto hospitalar, vivenciam a morte de seus pacientes diariamente, o que provoca grande mobilização pela questão de vínculos e sentimentos diversos em relação ao paciente. Sendo assim, estes requerem atenção e cuidado especial, mas para isso é necessário dispor de competência técnica e capacidade de acolher a dor do outro no processo de cuidar, em especial, de se dar a possibilidade do auto-cuidado.

É importante que médicos encarem seus sentimentos diante da morte, pois, para lidar honestamente com os problemas de quem está morrendo, é imprescindível poder encarar a própria finitude. Devem refletir sobre a morte e o morrer em seu sentido emocional e social. Fica claro, portanto, a necessidade de se preencher esta lacuna na formação de futuros médicos, investindo não só no que diz respeito ao lidar com a morte e o morrer, mas também num contexto mais amplo da humanização do espaço hospitalar, o que requer ênfase maior nas relações pessoais que se dão nesse âmbito.

Sabe-se que o paciente que se encontra em estágio avançado da doença requer cuidados paliativos não se buscando mais a cura e sim o acompanhamento por parte da equipe multidisciplinar que exige competência técnica e capacidade de acolher a dor e a iminência da morte do outro no processo de cuidar. (KOVÁCS, 2003)

Este estudo propõe uma abordagem qualitativa para investigar, a partir do método fenomenológico, como é para o médico vivenciar o processo de morrer dos seus pacientes e os significados que emergem do cuidado a eles. Este tema é importante atualmente, uma vez que a morte é negada, mascarada e escondida, fazendo-nos pensar que é “*proibido morrer*”, acarretando na não aceitação da condição humana de sermos seres para a morte.

A escolha do tema e do método deve-se à necessidade de ampliação e produção de estudos que se utilizam do método fenomenológico para abordar a complexidade de sentidos a partir de significados que profissionais, em especial, médicos oncologistas clínicos atribuem às perdas por morte dos seus pacientes no seu cotidiano de trabalho.

Lidar com pacientes oncológicos em fase avançada da doença mobiliza profissionais da saúde e os obriga a se depararem com a iminência da morte e com a interferência desta condição na sua prática profissional, modificando-a como compreensão de ser humano. Este tema é atual e pela sua complexidade necessita de vários estudos que o abordem.

Para tanto, no primeiro capítulo, intitulado: “A morte e o hospital – local que a acolhe na atualidade”, apresento um panorama geral acerca dos estudos recentes sobre a morte e o morrer e menciono o hospital como lugar que acolhe a morte na atualidade considerando os aspectos da bioética.

No capítulo seguinte, intitulado: “Da formação médica e ética à finitude do paciente”, apresento o que é ser médico como escolha profissional de acordo com a ética que norteia esta prática. E abordo ainda os sentimentos e emoções que acometem esses profissionais e a necessidade do auto cuidado.

Em seguida, no terceiro capítulo, intitulado: “O médico oncologista frente à morte e os cuidados paliativos”, exponho as maneiras de enfrentamento do homem e do médico em relação à morte em paralelo com os cuidados paliativos como modalidade terapêutica para pacientes no final da vida.

Posteriormente, apresento o método, percurso metodológico, pergunta norteadora, recursos utilizados e passos percorridos para se chegar e atingir os objetivos deste estudo. Adiante, aproximando-se do vivido, encontra os relatos dos entrevistados e suas análises interpretadas à luz do levantamento bibliográfico acerca da morte e da fenomenologia.

E por último, trago as considerações finais, na qual encontra-se reflexões sobre as impressões obtidas neste estudo, sua importância para a referida área e apontamentos para futuros estudos.

CAPÍTULO I:

A MORTE E O HOSPITAL – LOCAL QUE A ACOLHE NA ATUALIDADE

“A morte é uma das mais autênticas problemáticas da condição humana [...] E a finitude é considerada como instância inalienável à dimensão humana”

(Gustavo Nader)

O que é, afinal, a morte? O podemos entender por morte? O que é morrer? O que representa para o médico cuidar de um paciente “condenado” à morte? O que significa, afinal, perder um paciente? O que é viver? São questões que nem sempre possibilitam respostas e compreensões objetivas, mas que rodeiam a prática dos profissionais da saúde, especialmente a do médico.

Quando se pensa em definir morte, não se pode deixar de mencionar, dentre tantos autores que se debruçaram sobre este tema, duas obras clássicas. A primeira refere-se: “A história da morte no ocidente” (PHILIPPE ARIÈS, 1977), que apresenta os resultados de uma pesquisa que estudou como as pessoas encaravam a morte no ocidente.

Para esta, ele usou como fonte de dados os obituários, testamentos, documentos recolhidos em igrejas e cemitérios, dentre outras fontes, que resultou em quatro momentos distintos, denominados de: *Morte Domada* (Idade Média – Morte encarada como Fenômeno Natural), *A Morte de Si Mesmo* (Séculos XI e XII – Morte Natural – Juízo Final – Individualidade), *A Morte do Outro* (Séculos XVIII e XIX – Morte Exaltada e Dramatizada – Visitas a Cemitérios) e a *Morte Invertida* (Séculos XIX e XX – Morte Vergonhosa, Distante e Solitária).

A segunda obra clássica, intitulada: “Sobre a Morte e o Morrer” (ELIZABETH KÜBLER-ROSS, 1977/1998), teve como intuito compreender o fenômeno da morte e o morrer. Trata-se de uma pesquisa com pacientes terminais que revela o fenômeno da morte vivido por

aqueles que a têm próxima devido à sua situação de saúde. Certamente não se pode estudar tal fenômeno pelo prisma daqueles que a vivenciaram de fato.

A obra apresenta alguns relatos de entrevistas com pacientes terminais, os quais mostraram um pouco dos seus sentimentos, pensamentos e impressões diante da morte. Foi por meio das entrevistas, que ela pôde encontrar e categorizar os cinco estágios pelos quais as pessoas diante de sua morte passam, denominados por ela como: *1º. Negação e Isolamento* (Crença de que o que está acontecendo não seja verdade), *2º. Indignação* (Raiva de tudo e de todos, comportamento agressivo contra os médicos, amigos e familiares), *3º. Barganha* (Ações de uma recompensa para a sua melhora), *4º. Depressão* (Raiva e sentimento de perda) e *5º. Aceitação* (Sentimento de alívio, presença do silêncio, ele sabe que vai morrer, mas não se desespera).

Para Kübler-Ross (1977/1998), as pessoas deveriam conversar mais sobre a morte e encará-la como um fenômeno que faz parte da vida, mas:

O fato de o homem saber que é finito, ou seja, que seu tempo de vida é limitado, aliado ao fato de não saber o dia de sua morte, gera grande desconforto, uma vez que tudo que ele planeja e deseja alcançar, não sabe se de fato o fará. O homem vive, então, entre dois pólos: de um lado, ele tem conhecimento da sua finitude e tudo o que ele tiver de ser e fazer depende do dia de sua morte; de outro, ele desconhece quando vai morrer e o fato de não saber o coloca em confronto em relação ao porquê de fazer o que planeja se ele não sabe se atingirá sua finalidade, já que não sabe se morrerá antes. (QUIRINO, 2007, p. 58)

Este não saber o dia da sua própria morte é que coloca o “ser” como inacabado. Como diz Heidegger (1986/2005) em sua obra: “Ser e Tempo”: somos seres-para-morte. E, enquanto ela não chega, o que nos resta é “ser”. Para o autor, a morte é um acontecimento conhecido que ocorre dentro do mundo que nos cerca; portanto, ela não nos atinge de imediato, ela corre apenas com os outros e conosco ainda não. Sendo assim, é esta idéia da finitude que nos dá sentido à vida. Portanto, sabe-se que:

Como a morte é uma certeza, o que nos resta é convivermos com a possibilidade de sua chegada e esta possibilidade é geradora de angústia. Não só pelo fato da finitude, mas também pelo fato dela ser desconhecida, uma vez que não sabemos o que realmente acontece após sua chegada. Ninguém, por mais que tenha presenciado a morte de outros, viveu a sua própria morte. E esse é um dos motivos pelos quais a morte ainda é considerada como um fenômeno desconhecido, por jamais ter sido vivido de fato por alguém que tenha podido contar em seguida. (QUIRINO, 2007, p. 60)

Segundo Kovács (1992), ela é um evento que só pode ocorrer com o ser vivo, seja ele uma planta, uma bactéria, um animal e até mesmo o homem. Considerando o aspecto biológico, a morte pode ocorrer para o organismo todo, assim como para parte dele. Portanto, uma vez morto, o organismo jamais retornará e todo organismo vivo jamais esteve morto um dia, o que torna a morte um fenômeno irreversível. Em termos de função, ela é caracterizada pelo término irreversível das funções vitais de um organismo vivo, que ocasiona o desaparecimento da coerência funcional e destruição progressiva das unidades tissulares e celulares.

Quirino (2007) menciona que a literatura apresenta algumas considerações sobre a morte, em especial, de como era encarada a partir do século XX. A morte nesse período era vista como um fracasso e não como uma fase do desenvolvimento do ser humano. Sendo assim, ela passa ser evitada a todo custo. Antes, a morte era certa quando a pessoa era acometida por determinadas doenças.

Para Heidegger (1889/1976), o homem possui a natureza do existir que permite representar os seres com consciência de si; somos todos como um “ser-para-a-morte”, no qual todo projeto de vida está na dependência da morte.

Esta é uma experiência intransferível que gera angústia, retira o cotidiano do homem e o reconduz ao encontro de si mesmo. Surge da tensão entre o que o homem é e o que virá a ser, dono do seu próprio destino.

De acordo com Beirão (1992): “... a morte é inevitável, é treva, aniquilamento, é a flor que morre, cai na terra e se desfaz nela; é ausência, vazio, nada...; que não sobra nada...” (p.23)
Entende-se que:

A morte é algo que não pode ser descrito, pensado, nomeado, algo, frente ao qual não se encontram palavras. Essa impossibilidade de simbolizá-la, de incluí-la na rede de idéias e pensamentos, a torna terrificante. A própria palavra Morte não dá conta do que ela seja: cada um de nós tentará enganchá-la em outras palavras, que expressam idéias, fantasias, crenças. (KOVÁCS, 2003, p. 13)

“Nem sempre foi assim, e houve épocas em que a passagem para a Morte fazia parte do viver. A sociedade e comunidade acolhiam o desamparo [...]” (KOVÁCS, 2003, p. 14). A morte é um deixar de ser e o que se tem são os sofrimentos, dores, humilhações morais, etc.

Para Kovács (2003), na passagem para a morte está presente o desamparo que deve ser compreendido e contido pelos demais seres humanos, principalmente pelos profissionais de saúde no contexto hospitalar. De acordo com a autora, a tecnologia do mundo moderno como máquinas e objetos concretos não são suficientes para que a humanidade viva melhor. As pessoas não podem viver sem a ajuda de outros seres humanos, em todas as circunstâncias vitais, principalmente no momento da morte. Pois:

A idéia da morte no cotidiano mostra, ainda, que o tema não está confinado a situações específicas, mas pode estar presente em qualquer momento, trazendo uma completa reviravolta na vida das pessoas. (KOVÁCS, 2003, p. 118)

Sendo assim, a morte faz parte da vida de todos nós desde o início de nossas vidas até o momento final, durante toda a história da humanidade. Dado que explicita a necessidade de cuidados específicos a este evento da vida.

Para Kovács (1992), é possível preparar-se para a morte, vivendo intensamente, é contrário de negá-la e sim conviver com ela em busca do seu significado. No final da vida todas as experiências se somam e vêm à tona, 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)

A morte não é mais considerada como fenômeno natural, e sim fracasso, impotência ou imperícia, por isso deve ser ocultada. O triunfo da medicalização está, justamente, em manter a doença e a morte na ignorância e no silêncio, pois:

[...] a morte é vista como parte do processo de vida, e no adoecimento, os tratamentos devem visar à qualidade dessa vida e o bem-estar da pessoa, mesmo quando a cura não é possível [...] (KOVÁCS, 2003, p. 166)

Sabe-se que, com o avanço da medicina, a descoberta de curas, criação de vacinas e o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas, muitas mortes, comuns em outras épocas, passaram a não ocorrer mais e, justamente pelo fato dela ser evitada em muitos casos, quando ela acontece, considera-se um fracasso médico. Pois:

A morte não é mais considerada como um fenômeno natural, e sim um fracasso, impotência ou imperícia, por isso deve ser ocultada. O triunfo da medicalização está, justamente, em manter a doença e a morte na ignorância e no silêncio [...] O local da morte é transferido do lar para o hospital. Tudo isso torna difícil suportar a proximidade com a doença. No século XX a maioria das pessoas não vê os parentes morrerem. (KOVÁCS, 1992, p. 38).

Para a referida autora, nos seres humanos, a morte se torna mais delicada, pois o corpo humano apresenta sistemas mais complexos e especializados. Com o avanço tecnológico da medicina, algumas funções podem ser substituídas por máquinas, como é o caso da

respiração artificial, o que ocasionou a necessidade de se definir melhor o que caracteriza a morte de um ser humano. Por outro lado, refletir sobre a morte do outro e de si mesmo se torna necessário pelo fato de que:

O homem é o único ser que tem consciência de sua morte. E essa consciência da morte, apesar de sempre estar presente na existência humana, sofreu mudanças no que se refere à maneira como o ser humano vem encarando esse fenômeno no decorrer dos tempos. Essas mudanças se intensificaram cada vez mais, com o avanço da Medicina. (QUIRINO, 2007, p. 52)

E pensar sobre a morte é inevitável, principalmente se tratando de profissionais da saúde que lidam com tal evento em sua prática profissional. É importante salientar que, segundo Nader (2009):

Mesmo que a reflexão sobre o próprio fim seja irrealizável, o saber-se mortal é um dos espeques da experiência que o homem tem de si mesmo, ou seja, o homem é determinado pela consciência objetiva de sua mortalidade e por uma subjetividade que almeja a imortalidade. (p. 406)

A consciência da própria finitude é, talvez, uma das experiências mais originais do ser humano. No entanto:

Para o homem, o problema não é a morte, mas o fato dele, como sujeito, morrer. A morte parece ser a eterna consciência da humanidade. Sendo assim, os homens produzem – e irão continuar produzindo – as mais diversas formas de representar a morte, a sua morte e a morte dos outros. Estamos falando de uma consciência que abre o pensamento humano não somente para a morte, mas para a vida e para o mundo. (AZEREDO, 2007, p. 19)

O homem é o único ser vivo consciente da sua própria finitude, o que determina o seu modo de viver. Sendo assim, podemos pensar que este organiza o seu modo de viver em torno da morte, ou seja, a idéia da morte perpassa toda a sua vida fazendo-nos sentir vulneráveis diante dela. Tanto é que o homem é o único ser que organiza os seus rituais diante deste acontecimento. A morte:

É, também, o desaparecimento de um ser que interage, pois o vazio da morte é um vazio interacional e, sendo assim, a idéia da morte traz consigo ruptura da interação da pessoa como sujeito, consigo mesma, da privação de quem está morrendo com sua comunidade e com sua cultura. (AZEREDO, 2007, p. 19)

Entrar em contato com a morte é também uma forma de entrar em contato com as situações dolorosas da vida, por isso, sua abordagem é tão temida e evitada pelas pessoas na atualidade. O constante medo presente na vida das pessoas dificulta a idealização e realização dos seus sonhos.

Todos trazemos, dentro de nós, nossos próprios referenciais da morte, que formamos através das experiências pessoais e profissionais. Iniciamos nossa caminhada para a morte quando nascemos. Falamos da morte de forma generalizada. Contudo, a morte é sempre um assunto evitável e ignorado. Ainda mais na sociedade ocidental atual, que cultua o belo e o jovem. (AZEREDO, 2007, p. 25)

A morte é a contra mão do modelo atual de como se viver. Ela demanda renúncia, aceitação e desapego. É o fim de toda e qualquer possibilidade neste plano terreno. Sendo assim:

A morte é um aviso de que há um fim em tudo que fazemos e nós a experimentamos diariamente. Não esqueçamos que ela é a possibilidade de existência mais extrema, é a experiência mais pessoal e a única intransferível. É preciso, então, que ela seja efetivamente cuidada dentro dos hospitais e ensinada dentro dos cursos da saúde. (AZEREDO, 2007, p. 39)

De acordo com Salomé (2009), a morte incomoda e desafia a pretensa onipotência humana por esta apresentar vários significados, de acordo com a formação estrutural, cognitiva e religiosa de cada pessoa. Sabe-se que na sociedade contemporânea ocidental, a finitude é pouco discutida e excluída gradativamente do âmbito social, tornando-se um tabu. Mesmo diante disso tudo, o profissional da saúde, em especial o oncologista, é obrigado a lidar com esta etapa da vida:

[...] esses profissionais vivenciaram o processo de morte de pacientes, expressando sentimentos de fracasso, perda, impotência, tristeza e medo. Isto ocorre porque o profissional é um ser com a condição ontológica básica de ser-no-mundo e, nessa perspectiva, é um ser-no-mundo-com-os-outros. Talvez esses sentimentos possam ter aflorado porque, todo profissional, durante sua formação, aprende e, até mesmo na colação de grau, faz um juramento, no qual assume seu compromisso com a vida, pela sua preservação e com o cuidado humano. (SALOMÉ, 2009, p. 686)

De acordo com Quirino (2007), a dificuldade do médico de assumir o lugar de paciente o leva a evitar procurar ajuda de outros profissionais quando estão doentes, o que nos leva a supor que os médicos também têm dificuldade em procurar ajuda quando o problema envolve questões psicológicas, tais como a dificuldade de lidar com a perda do seu paciente. Um dado que mostra uma provável necessidade de acompanhamento psicológico desses profissionais é o número crescente de suicídios na classe médica. Sabe-se que são vários os fatores que levam o médico ao desequilíbrio emocional e psicológico, e:

Quando o paciente está doente, o médico pode fazer algum procedimento, mas com a morte, não há mais nada que possa ser feito. Essa questão não é fácil de lidar, por mais que se considere que a morte é natural, e ela não deixa de ser difícil de ser aceita, o que faz com que esses profissionais se questionem sobre a eficácia de seus procedimentos. O grande problema de algo “sair errado” é que a consequência pode ser a morte do paciente. (QUIRINO, 2007, p. 90)

Estes profissionais poderão contato com o auxílio do psicólogo que, de acordo com Kovács (2003), atua como facilitador no processo de comunicação e na possibilidade de expressar os sentimentos e necessidades, exatamente no momento em que a comunicação se encontra dificultada que é no processo de morrer e luto antecipatório.

A psicologia da morte tem como objetivo cuidar das pessoas que estão próximas à morte ou passando por processos de perdas; de forma a acompanhar e lidar com as questões que o tema evoca. É dela também o cuidado ao enlutado. Cabe-nos pensar então na sua contribuição para profissionais da saúde, em especial neste estudo, aos médicos que também se enlutam pela perda dos seus pacientes, luto este que nem sempre se é validado socialmente e nem reconhecido pelos profissionais que os vivenciam, seja pela formação pessoal e acadêmica ou pelo desconhecimento.

De acordo com Kovács (2008) existem, no Brasil, laboratórios que podem auxiliar neste apoio psicológico, como o Laboratório de Estudos sobre o Luto na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e o Laboratório de Estudos sobre a Morte no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Para isso, o Laboratório de Estudos sobre a Morte do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo vem criando recursos áudio-visuais para facilitação da discussão sobre o tema. Entre os projetos já desenvolvidos mencionamos: “Falando de morte”, com quatro filmes: crianças, adolescente, idosos e profissionais de saúde. Menciona ainda que a história brasileira trouxe importantes contribuições para o estudo da Tanatologia.

*“...se em um instante se nasce, e se morre em um instante,
um instante é bastante para a vida inteira.”*

(Clarice Lispector)

1.1 O HOSPITAL

Como surgiram os hospitais e como eles estão na atualidade? Foucault (1981) menciona que o hospital, como lugar terapêutico, é invenção relativamente nova, tendo surgido no final do século XVIII, quando deixou de ser um espaço arquitetônico e passou a ter um corpo médico que estudava as doenças.

Segundo o autor, até o século XVIII, o hospital tinha como objetivo dar assistência aos pobres que deviam ser separados e excluídos da sociedade para não contaminá-la. Então, não era o doente que era o personagem do hospital, e sim o pobre que estava morrendo, que precisava de cuidados e do último sacramento. Era um lugar onde a morte ocorria e não tinha como função proporcionar a cura física do doente, procurava-se garantir e obter a salvação da sua alma.

Os funcionários do hospital eram leigos ou religiosos que faziam obras de caridade para assegurar a salvação eterna. Com isso, garantia-se a salvação da alma do pobre no momento da sua morte e dos seus cuidadores no hospital. Além dos pobres, estavam lá também prostitutas, loucos, devassos, entre outros excluídos.

Foucault (1981) afirma que a experiência hospitalar não fazia parte da formação médica. O que qualificava o médico era a prescrição de medicamentos e não o campo das experiências no contexto hospitalar desde o estágio na formação médica. A intervenção médica na doença era organizada unicamente em torno da crise. A cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico que só podia se desenvolver na forma de uma relação individual entre o médico e doente.

Na metade do século XVIII, não se procurou medicalizar o hospital e sim purificá-lo dos efeitos nocivos da desordem que o acarretava. Esta época também marca o surgimento da formação profissional dos indivíduos, sua capacidade e aptidões passaram a ter um espaço na sociedade.

A reforma hospitalar começou pelo hospital militar quando os militares não podiam morrer de epidemias e pelo alto investimento econômico que eles exigiam. Então, era preciso curá-los, evitando que morressem de doença ou permanecessem na cama mesmo depois de curados. Caracterizou-se, então, uma reorganização política e administrativa; o mesmo ocorreu com o hospital marítimo.

O surgimento do hospital médico se deu pelo ajuste do deslocamento da intervenção médica, organização do espaço hospitalar e a necessidade da implantação do registro contínuo de anotações do indivíduo e transferência da informação vertical. Foi essa organização no hospital que possibilitou a medicalização.

Salienta o autor que, a partir deste marco, o hospital passou a ser um meio de intervenção sobre o doente, a sua arquitetura devia ser fator e instrumento de cura. O médico passou a ser o principal responsável pela organização hospitalar e não mais os religiosos. E em função do acúmulo de registros no hospital, a partir de 1780/1790 passou ser formação normativa do médico estagiar no hospital por ser um lugar onde se buscava a cura.

Já no Ocidente, a civilização grego-romana estabeleceu a primeira organização das instituições com o objetivo de proteger e tratar escravos, lutadores e soldados. Nas Américas, o surgimento dos hospitais se deu, conforme Campos (1995), na Cidade do México em 1524: o Hospital Jesus de Nazareth. No Brasil, em 1538, foi fundada a primeira Santa Casa localizada em Santos.

Foi a partir da formação dos vilarejos pelos portugueses, que se organizou o hospital como local para atendimentos dos exploradores e colonizadores. Posteriormente surgiu também a Santa Casa de São Paulo em torno de 1590 a 1599, pois entende que hoje: “O hospital é um lugar de cura, mas é um lugar de desamparo, de urgências, muitas vezes impossíveis de serem traduzidas em palavras...” (NIGRO, 2004, p. 40)

Depois de contextualizar o surgimento do hospital, é preciso discorrer a respeito do processo de hospitalização em si, que, de acordo com Nigro (2004), isola o homem de seu

meio familiar, como se fosse um estrangeiro em terras estranhas; por isso, torna-se necessário oferecer aos pacientes internados a possibilidade de recuperar alguns desses laços cortados temporária, ou às vezes definitivamente.

O hospital passa a ser o lugar onde a família sente que está sendo feito o melhor para o seu ente querido, podendo também servir como proteção a estes familiares que não querem perceber a decadência do doente e a possibilidade de sua morte. A cena pública da morte e do moribundo de outros tempos é substituída pelo quarto isolado, ou pela enfermaria, onde a morte não é vista ou é camuflada.

À medida que os serviços foram sendo organizados, a instituição hospitalar exigiu a presença efetiva dos médicos, auxiliares e enfermeiras, todos atuando de forma coordenada, com benefícios crescentes para a assistência hospitalar. Com o passar do tempo, as diversas especialidades da área da saúde foram conquistando e adquirindo seus espaços no contexto hospitalar, como psicologia, nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social, capelania, dentre outras. Pois:

[...] o avanço da técnica permite, hoje, que o processo de morrer possa ser prolongado à vontade da equipe médica. Se a morte não pode ser suprida pode ser estendida, dando uma falsa idéia de onipotência e de vitória [...] A duração da morte passa, nestes casos, a depender mais de um acordo entre os médicos e familiares, deixando de ser um processo natural [...] Desenvolve-se um estilo de morrer no hospital. (KOVÁCS, 2003, p. 71)

Entende-se então que, no hospital, de acordo com o a autora mencionada, a morte deixa de ser um momento para se tornar processo. Ocorre uma alteração na trajetória das doenças e da própria morte, há necessidade de esconder a doença e a proximidade da morte. O hospital é o grande responsável pelo ocultamento das doenças e da morte com o controle de horários e com a omissão daquilo que não pode ser visto. Portanto:

Os rituais da morte vão se tornando cada vez mais discretos ou quase inexistentes. A morte foi retirada da sociedade. Como dito, quando o

paciente está hospitalizado é muito freqüente que os familiares não participem de seus últimos momentos de vida e, assim, os rituais de despedida também podem acontecer. (KOVÁCS, 2003, p. 69)

E,

[...] com o avanço da técnica médica, as pessoas sobrevivem, mas podem estar mortas do ponto de vista fenomenológico. [...] Mantidas nas máquinas, com a consciência rebaixada, vivem morrendo, e não tem oportunidade de realizar as despedidas dos entes queridos. (KOVÁCS, 2003, p. 78)

Campos (2005), afirma que lidar com a morte de forma silenciosa faz parte da rotina hospitalar e observa-se que no momento do falecimento há tentativas de esconder o morto para que os demais pacientes e equipe de saúde não se mobilizem e/ou se fragilizem diante do acontecido.

Kovács (2003) propõe que a boa morte é a rejeição à morte medicalizada e a possibilidade das pessoas se prepararem para morrer envolvendo o luto antecipatório. Na visão dos cuidados paliativos, reafirma-se a necessidade do não prolongamento do processo de morrer, favorecendo para a separação e um pensar na vida daqueles que sobreviverão.

Pitta (1990) afirma que a falta de conhecimentos sobre a dimensão individual e a necessidade de instrumentalizar a prática clínica no sentido de torná-la capaz de responder às necessidades postas: técnicas materiais e métodos diagnósticos traduzem o conhecimento do corpo anátomo-fisiológico enquanto sede dos processos da doença e dificulta os profissionais lidarem com a proximidade da morte dos seus pacientes.

De acordo com Pitta (1990) é pela cultura que as relações de poder e disciplina atravessam as diversas atuações no seu interior sem serem vistas ou encaminhadas de forma clara, até porquanto não se manifestam de modo transparente, é tendência instituída infantilizar o doente, submetendo-o ao paternalismo, fato que se manifesta de incontáveis maneiras no dia-a-dia da prática profissional do médico.

Bleger (1984) aponta que a instituição é o meio pelo qual seres humanos podem se enriquecer ou empobrecer; é o que se chama de adaptação e submissão a estereotipia institucional.

De acordo com Bleger (1984), um dos primeiros problemas que aparecem é que a instituição pode ver-se enormemente limitada em sua capacidade de oferecer segurança, gratificação, possibilidade de reparação e desenvolvimento eficiente da personalidade. Existe forte ambiguidade de papéis e status dentro da instituição; e há déficit de informação e de relações interpessoais.

Kovács (1992) menciona que o hospital pode esconder a repugnância e aspectos sórdidos ligados à doença. Por sua vez, a família também fica afastada para não incomodar o silêncio dos hospitais, não atrapalhar o trabalho dos médicos e não tornar visível a presença da morte por meio de lamentações, choros ou questionamentos e a possibilidade da expressão dos sentimentos pela perda do seu ente querido.

O modelo dos hospícios e programas de cuidados paliativos apresentam perspectivas favoráveis para os pacientes oncológicos gravemente enfermos, no alívio de sintomas e cuidados na qualidade de vida do dia-a-dia e aproximação da morte. Durante todo este percurso, depara-se com questões relacionadas à Bioética, tais como decisões de quando parar de investir no tratamento curativo e investir nos cuidados paliativos dentre outras.

1.2 BIOÉTICA

“Tudo tem seu tempo, há tempo oportuno para todo o propósito debaixo do sol.

Tempo para nascer, tempo para morrer.”

(Eclesiástico 3, 1 – 2)

De acordo com Pessini: “Bioética [...] é o estudo interdisciplinar dos problemas criados pelo progresso biomédico (seja em nível de relação individual, institucional ou mesmo de estrutura social), sua repercussão na sociedade e seu sistema de valores”. (p. 37)

O termo Bioética é proposto para enfatizar os dois componentes mais importantes para se atingir uma nova sabedoria, que é tão desesperadamente necessária: conhecimento biológico e valores humanos. (Van Rensselaer Potter, Bioethics. Bridge to the future. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1971:2)

Neste sentido, na mesma obra, o autor define as questões abordadas pela Bioética: “início e fim da vida humana e as que se situam numa área intermediária” (p. 46). Seus princípios fundamentais se referem a: “beneficência, autonomia, justiça, a alteridade, a sacralidade da vida humana, qualidade de vida, natureza e pessoa, o homem como senhor da natureza e a definição de natureza humana”.

A Bioética baseia suas ações na Ética Profissional que é uma reflexão sobre as ações realizadas no exercício de uma profissão. O Código de Ética Médica é um conjunto de regras, direitos e deveres, composto por: 19 artigos gerais, 20 direitos e 114 restrições.

Recentemente, o Código de Ética Médica atualizado em 2010 incluiu o Cuidado Paliativo em seu artigo 41, e o Conselho Federal de Medicina, através da resolução 1805/2006, “permite ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal”.

O Código de Ética Médica de 2009, no Capítulo I, menciona como princípio fundamental:

XXII - Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

E no Capítulo IV sobre os direitos humanos menciona que é vedado ao médico:

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

E sobre a relação com pacientes e familiares, no Capítulo V, é vedado ao médico:

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. **Parágrafo único:** Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Sendo assim, torna-se necessário discutir a formação médica, a qual também tem sofrido diversas modificações nas últimas décadas, que serão apresentadas no próximo capítulo.

CAPÍTULO II:

DA FORMAÇÃO MÉDICA E ÉTICA À FINITUDE DO PACIENTE

“Tenho certeza de que aprendemos que a nobreza das nossas profissões não está apenas no curar, mas, sobretudo, em aliviar o sofrimento.

A nobreza é também deixar que a vida siga o seu curso normal e se entregue a morte com tranqüilidade e com paz.”

(Nára Azeredo)

Como se dá a formação médica? Quais temas são abordados nela? Como são apresentadas as questões humanas? Quais suas implicações na prática médica no que diz respeito ao modo como o médico entende a morte de seu paciente? Trata-se de questões que nos levam a refletir sobre a formação deste profissional. Sabe-se que:

O estudante se vê, então, diante de corpos sem vida, algumas vezes inteiros, algumas vezes em pedaços. Realizam neles procedimentos, aprendem sobre a anatomia do corpo humano, porém são corpos que não sentem dor, que não podem morrer, que não sofrem. [...] As aulas de anatomia acabam mostrando toda uma cultura de isolamento das emoções. Uma atitude de apreensão diante do cadáver não é bem vista, levando os estudantes a guardarem as suas dificuldades surgidas durante essas aulas. (QUIRINO, 2007, p. 39)

Para Quirino (2007), ser médico é estar, em muitos momentos, lidando com questões emocionais, sem nenhum aporte em termos de formação e sem nenhum suporte psicológico no ambiente de trabalho, e ele tem que fazer, tem que curar, tem que amenizar o sofrimento, pois é capacitado tecnicamente para fazer os procedimentos e obedecer a um código de ética. Para tanto, apresento abaixo o juramento médico que diz:

No momento de me tornar um profissional médico: Prometo solenemente dedicar a minha vida a serviço da humanidade. Darei aos meus mestres o

respeito e o reconhecimento que lhes são devidos. Exercerei a minha arte com consciência e dignidade. A saúde do meu paciente será minha primeira preocupação. Mesmo após a morte do paciente, respeitarei os segredos que a mim foram confiados. Manterei, por todos os meios ao meu alcance, a honra da profissão médica. Os meus colegas médicos serão meus irmãos. Não deixarei de exercer meu dever de tratar o paciente em função de idade, doença, deficiência, crença religiosa, origem étnica, sexo, nacionalidade, filiação político-partidária, raça, orientação sexual, condições sociais ou econômicas. Terei respeito absoluto pela vida humana e jamais farei uso dos meus conhecimentos médicos contra as leis da humanidade. Faço essas promessas solenemente, livremente e sob a minha honra.

Encontra-se nele trechos que falam da responsabilidade, da honra da profissão em dedicar à vida, o que nos mostra uma indicação das implicações do ser médico. É provável que não se tem em mente esse juramento o tempo todo, mas falamos de uma cultura que norteia a atuação médica e através da qual se espera que ela seja orientada. Pois:

O grande avanço tecnológico ocorrido na área da saúde no decorrer do século XX provocou uma transformação no perfil de atuação do médico, que foi se tornando, cada vez mais, um especialista, um profundo conhecedor de exames complexos e especializados, capaz de emitir diagnósticos precisos e de propor tratamentos eficazes. Nesse processo, a relação médico-paciente ficou prejudicada, pois houve uma supervalorização da doença e de seus sintomas em detrimento da singularidade do paciente. (ALVES, 2009, p. 556)

Isso posto justifica, em partes, o comprometimento do contato do médico com as questões relacionadas à morte e o morrer de seus pacientes, o que reflete e dificulta também o entendimento e lida, por parte deste, dos aspectos psicológicos do paciente e seus familiares.

De acordo com Cano (2008): “A ênfase dada ao conhecimento técnico, na faculdade de medicina, parece sobrepor-se a outras habilidades tão necessárias e igualmente importantes, como por exemplo, saber lidar, tratar e se relacionar com o paciente”. (p. 98)

Desta maneira, pode-se pensar que a atuação do médico deveria ser pautada na escuta e diálogo com seus pacientes e não pelo manejo técnico único e exclusivamente. De acordo com Ayres (2004), é:

[...] essa referência à relação entre experiência vivida e valor, e entre os valores que orientam positivamente a vida com a concepção de saúde, que parece ser o mais essencialmente novo e potente nas recentes propostas de humanização. (p. 19)

Alves (2009) também menciona que as políticas públicas direcionadas à saúde da população e à educação dos profissionais de saúde têm apresentado avanços, em especial, com a formulação das diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde, que, de forma detalhada, enfatizam os aspectos ético-humanísticos na formação desses profissionais. No entanto, sabe-se que:

[...] o estudante de medicina é treinado para lidar com o ser humano, como se o mesmo fosse uma estrutura mecânica. Entretanto, na prática médica, os profissionais percebem que a doença não vem andando sozinha até o consultório médico, nem mesmo é algo separado do indivíduo. Assim, os aspectos antes relegados, durante a formação, se fazem presentes no dia-a-dia da oncologia, bem como a subjetividade do paciente apresenta uma complexidade que extrapola o funcionamento do corpo físico. (CANO, 2008, p. 99)

Caberia aqui refletir sobre algumas questões: será que o cotidiano no hospital torna os profissionais insensíveis? Os cursos de medicina enfocam na educação para morte? Como os graduandos de medicina são preparados para lidar com os seus próprios sentimentos diante da morte do outro, neste caso, do seu paciente?

De acordo com a compreensão de Alves (2009), no que diz respeito à geração de conhecimentos relacionados a esse tema, o enfoque tem sido dado à produção teórica para orientar as mudanças curriculares e a relatos de experiências individuais sobre a percepção do corpo docente acerca da humanização na formação dos novos médicos. Algo possível de ser percebido na postura e abordagem dos novos médicos em relação aos seus pacientes. Entretanto, sabe-se que existe também:

[...] a idéia de “aprender fazendo” é uma prática comum na oncologia. Esta não seria um problema se os residentes fossem ensinados, e não apenas instruídos. Pois, do modo que muitas vezes ocorre, é como se os médicos dissessem o que deve ser realizado, mas desconsiderassem o como será feito. (CANO, 2008, p. 101)

Estudos mostram que nas últimas décadas algumas universidades revisaram a formação médica, a qual atualmente permite uma possibilidade de maior convivência com o humano, ou seja, o estudante de medicina é exposto ao contato humano desde muito cedo, diferente de épocas anteriores, tanto é que:

[...] evidencia-se que, na relação estudante-paciente, várias situações são vivenciadas e frequentemente impressas na formação, ou seja, na construção da identidade profissional do futuro médico. Isto pode ser evidenciado a partir da análise das seguintes falas: Ver o sofrimento das pessoas, nas mais diferentes formas, nas suas mais amplas possibilidades, como físicas, financeiras, sociais, psicológicas... é assim que a gente tem um vislumbre do que é o ser humano na sua complexidade. (ALVES, 2009, p. 557)

É sabido também que muitas vezes estes futuros profissionais não dispõem de espaços para expressarem os seus sentimentos, uma vez que a sua expressão é reprovada. Então, evitar o contato com eles é também mais uma forma de se esquivar, até mesmo porque eles convivem constantemente com a tentativa de não demonstrar seus sentimentos, de ser

“forte”, de ser “profissional”, como se ser profissional fosse necessário deixar de ser um ser humano. Porém:

Na maioria dos cursos de Medicina, os estudantes são treinados em operar equipamentos e fazer leituras de variáveis biológicas, sem espaço para desenvolver habilidades e competências que os capacitem a reconhecer o ser humano como unidade biopsicossocial e espiritual, inserido num contexto epidemiológico e sociocultural. (ALVES, 2009, p. 557)

Outro fator importante a ser considerado relaciona-se com o processo de ensino-aprendizagem que, eventualmente, dispõe-se de professores desqualificados e despreparados para o exercício desta atividade. Alves (2009) salienta que o processo de ensinar caracteriza-se pela interação ente o estudante e professor em sala de aula, pois a relação entre o que o professor faz e a efetiva aprendizagem do estudante é o que pode ser chamado de ensinar; sem considerar ainda o distancia existente entre a teoria e a prática. Cano (2008) afirma ainda que:

Uma das idéias presentes, e que merece reflexão nesta discussão sobre a preparação do ponto de vista emocional, assinala que as capacidades exigidas, em nível emocional e subjetivo, são inerentes à própria pessoa ou que fazem parte da formação deles, enquanto indivíduo. [...] pois estas habilidades dependem da personalidade, caráter de cada um, e que as mesmas são resultantes do desenvolvimento pessoal e da cultura. Desta maneira, uma das idéias que permeia os profissionais encontra-se ligada ao autodidatismo. (p. 104)

E como forma de resolução a esta lacuna, podemos compreender, de acordo com Alves (2009), que:

[...] para que o estudante possa desenvolver uma atitude que assista o paciente de forma integral, contemplando seus aspectos psicológicos, sociais e ambientais, é necessário que vivencie práticas humanizadas desde o início de sua formação. (p.560)

E por outro lado, parece que a desumanização se apresenta como um processo desvinculado da prática do ser humano como ser no mundo, como demonstra Ayres (2004) que:

Oscilando para o polar oposto, cai-se num anti-cientificismo que parece ignorar que os criadores e mantenedores das tecnociências são os próprios humanos. Seja em relação às suas finalidades, seja no que se refere aos meios técnicos ou gerenciais de sua aplicação, o que se enxerga neste ensaio como o norte e desafio central da humanização é a progressiva elevação dos níveis de consciência e domínio público das relações entre os pressupostos, métodos e resultados das tecnociências da saúde com os valores associados à felicidade humana. (p. 20)

Sendo assim, pode-se pensar em novos modos de atuação do médico em suas práticas se entendermos que:

[...] humanizar, para além das suas implicações para a formulação das políticas de saúde, para a gestão dos serviços, para a formação e supervisão técnica e ética dos profissionais, significa também transformar as ações assistenciais propriamente ditas. A estrutura própria do fazer em saúde também se reconstrói quando o norte é a humanização. (AYRES, 2004, p.22)

Mudanças que precisam ser iniciadas ainda na formação acadêmica do médico, com trocas de experiências entre os estudantes, dentre outras práticas humanas possíveis dentro deste contexto. Entende-se que:

[...] talvez a abertura do técnico a essa racionalidade possa se beneficiar de práticas sistemáticas de supervisão e discussão de casos, nos serviços, e de um modelo de formação de recursos humanos, nas instituições de ensino, nos quais a reflexão sobre os significados éticos, morais e políticos das práticas de saúde seja sempre promovida. (AYRES, 2004, p.26)

Pode-se pensar que hoje, um médico, para atender a demanda, precisa:

[...] estar preparado para exercer a Medicina, é ter aprendido que o cuidado faz parte da cura e que a morte faz parte da vida. A morte, portanto, não pode ser ignorada nem esquecida, e o seu enfrentamento deve fazer parte da sublime missão médica: aliviar o sofrimento humano. (AZEREDO, 2007, p. 40)

Para tanto, podemos pensar a formação médica, questionar a quais princípios ela atende? De acordo com Azeredo (2007), a atuação médica é movida por dois grandes princípios: a preservação da vida e o alívio do sofrimento. Certamente, a medicina e o homem caminham juntos, o que nos possibilita entender que o sofrimento foi sempre para o homem um aprendizado. E sabe-se que este novo modelo de medicina, conhecido como modelo biomédico:

[...] trouxe consigo alterações importantes no conceito do objeto do fazer médico. Assim, estas alterações, como consequência, modificaram a relação médico-paciente. O paciente, que antes era sujeito no processo terapêutico, tendo como respeitada sua vontade e explicitação de seus desejos e sua liberdade em aceitar ou não o que lhe era proposto, passa a ser objeto de estudo e usuário da mais alta técnica e alta tecnologia. A formação médica passa a ser pautada pelo modelo biomédico, e o paciente-sujeito passa a ser percebido enquanto um corpo-biológico. Parece então que, dentro desta nova perspectiva, o médico assume um papel de prestador de serviço e não um prestador de cuidados. (AZEREDO, 2007, p. 47)

Este modelo parece contribuir para a dicotomia entre saúde e doença o que leva a desumanização dos processos de cuidado. Pois sabe-se que:

A perda da humanização e da integridade deixa transparecer a dicotomia entre saúde e doença, entre prevenção e assistência. E a dor, a aflição, o sofrimento e a morte não se incluem na detecção das patologias e na sua

prevenção, exceto pelo olhar biológico do corpo humano. A humanização e a integridade parecem seguir fora do eixo estrutural da formação médica. Discutir temas como medo, sofrimento e morte, parece então, que se dão da forma marginal dentro da formação dos profissionais da saúde. (AZEREDO, 2007, p. 48)

Ainda hoje ainda existe o distanciamento dos sentimentos emergidos da prática profissional com humanos no contexto hospitalar e isso evidencia-se nas palavras de Azeredo (2007):

Dentro da formação médica, ainda hoje segue o discurso da impessoalidade e do distanciamento daqueles sentimentos e vivências que, cotidianamente, enfrentamos nas nossas práticas diárias, ou seja: a dor, o sofrimento e principalmente, a morte. (p. 48)

Outra crítica ainda possível de ser tecida e refletida é a questão do distanciamento do paciente “corpo vivo” durante a formação do médico, o qual passa grande parte da sua formação dedicando aos estudos do corpo “morto”. Sabe-se que, ainda hoje:

Para muitos acadêmicos de Medicina, o primeiro contato com o corpo humano, não é com o corpo vivo, mas com um corpo morto, nas aulas de anatomia. A idéia de corpo se dá a partir da presença do cadáver. Os corpos, desta forma, são transformados em órgãos, em ossos, em vísceras, em sangue. A manipulação fragmentada permite o conhecimento. Mas, também, uma falsa idéia de que, ao combater doenças e sintomas, estariam também lutando contra a morte. Essa forma de aprendizado, ao mesmo tempo em que estigmatiza o corpo, insensibiliza o aluno para entender a morte como parte do processo terapêutico. (AZEREDO, 2007, p. 49)

De acordo com Azeredo (2007), as aulas de anatomia assentam os fundamentos sobre a morte, é quando os futuros profissionais têm o primeiro contato com o fim da vida, de um ciclo biológico, com o corpo morto. Trata-se de uma relação, na qual uma das partes não tem voz, emoção, nem anseios e sentimentos. Pois:

O acadêmico de Medicina, dentro da sua formação, vai aprendendo a comprometer-se com a vida. Toda a sua capacitação é para a cura. Sua fundamentação acadêmica traz sempre a proposta da cura. A cura é a gratificação do aprendiz, é a recompensa do esforço. Quando a morte se apresenta, ela traz para o acadêmico a frustração, o sentimento de incapacidade, pois existe um desamparo para lidarmos com a morte, já que sempre será a cura a meta da medicina. Contudo, não podemos negar que a morte existe e que devemos nos preparar para ela. (AZEREDO, 2007, p. 50)

Para Azeredo (2007) as expectativas de cura em paralelo com a formação desvinculada da humanização do processo de cuidar levam os estudantes de medicina a se frustrarem e se sentirem impotentes diante da situação de morte dos seus pacientes. Isso poderá ser amenizado se tais expectativas deixassem de ser estimuladas durante a formação acadêmica e fossem mais discutidas e analisadas durante este processo. Sabe-se que o ensino médico:

[...] não deveria ser apenas racional, mas também emocional e científico. Desta forma, o estudante de Medicina aprenderia também, a tratar o paciente terminal e suas famílias de uma forma menos autoritária, menos distante, quando estiver diante de um doente terminal. (AZEREDO, 2007, p. 51)

Por outro lado, as diretrizes curriculares para o ensino da graduação em medicina, homologadas em 01 de outubro de 2001 pelo Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior/Resolução CNE/CES número 04 definiram os princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação dos médicos e oficializaram o acompanhamento no processo de morte como uma habilidade a ser desenvolvida no ensino médico.

Segundo as diretrizes curriculares, no artigo 05 XIII, a formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos adquiridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

XIII. Atuar na proteção e na promoção da saúde e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde e acompanhamento do processo de morte.

De acordo com Azeredo (2007) quando se aprende apenas investigar, diagnosticar e a prolongar a vida, defende-se banalizando a morte; pois tais práticas, sozinhas, se tornam inúteis diante do paciente que está morrendo. Um dos grandes problemas da medicina tem sido presumir que a recuperação do doente é apenas afastar a existência de doenças ou de suas manifestações.

O médico que se presta a conhecer apenas a patologia acaba por aprender pouco sobre a saúde. Não deve restringir seu olhar apenas ao combate de doenças, mas à promoção de condições para que o homem possa ser sujeito na construção da sua saúde. Pois:

O estudo da Medicina, hoje, ao se voltar às raízes hipocráticas, esforça-se para reparar o esquecimento do seu próprio objeto de estudo e da sua atenção: a humanidade do homem. Assim, o objeto da atenção e do estudo médico deveria ser sempre mais o próprio homem e não apenas o seu corpo doente. (AZEREDO, 2007, p. 53)

É importante salientar que a educação médica deve abordar concepções não apenas biológicas da morte, apresentados aos seus graduandos juntamente com os conceitos mecânicos e materialistas desta que suscitam angústias por nos coloca de frente com a própria finitude humana. Portanto, é importante apresentar as diferentes concepções da morte: filosófica, cultural, biológica, social, dentre tantas outras, criando aspectos que transcendem puramente o biológico. Temos também a subjetividade deste profissional que se refere:

As trocas indispensáveis à subjetividade são marcadas pela rejeição, pelo ódio, pela indiferença. Os investimentos afetivos na sociedade contemporânea são, em grande parte, da mesma ordem, ou seja, falta amor,

fundamento para a bondade e o caráter. As pessoas são coisificadas, e as coisas, personalizadas. (AZEVEDO, 2009, p. 590)

E ao educar o futuro médico para o enfrentamento da morte, estaremos respeitando a integridade do doente, do aluno e a nossa como sujeito das nossas vidas e da nossa morte. Sabe-se que: “O ocultamento da morte, na maioria dos currículos médicos e na formação médica, passa pelo fato de que não só os saberes biológicos são ditos como saberes verdadeiros”. (AZEREDO, 2007, p. 87)

Até mesmo porque, sabe-se que:

O uso da racionalização, seja pelo fato de ter sido aprendida, incentivada durante a formação médica, ou ainda, por ser uma estratégia derivada de condutas pessoais, apresenta certa disfuncionalidade, no momento em que a mesma é utilizada em todos os momentos de modo indiscriminado. E, por mais que, ofereça alguma proteção no sentido emocional, de resguardar, esta despende muita energia para que a pessoa esteja sempre mantendo tudo sobre controle. (CANO, 2008, p. 140)

Muitas vezes, o médico e seus formadores estão preocupados somente com o cuidado do outro, esquecendo-se do auto cuidado, ou seja, das questões relacionadas à sua pessoa e isso dificulta a formação do futuro profissional no sentido da humanização, tanto é que:

Ao que parece, não é apenas o estudante que não se estuda, mas também os docentes, os demais profissionais responsáveis pelas práticas, os gestores do ensino e dos serviços. Enfim, todos os envolvidos no contexto da formação estão mais interessados em estudar o outro e não a si mesmos. Não há como falar em humanização da formação sem abordar o contexto de sociedade em que vivemos atualmente, repensar e repassar em conjunto – gestores, professores, alunos, profissionais e gestores dos serviços – as lições sobre a ética humanística, que abrange a ética da responsabilidade, da justiça, da generosidade, do respeito ao outro, e

discutir profundamente sobre como estão sendo praticados esses valores.
(AZEVEDO, 2009, p. 593)

Sabe-se que essas práticas de ensino baseiam-se no acúmulo de informações e não numa formação humanista que possibilitaria uma formação baseada na troca de experiência e no compartilhamento de conhecimento e construção coletiva deste. Kovács (2004) ressalta ainda que, durante a disciplina de Anatomia, no início do curso médico, a doença e a morte são descaracterizadas, e os futuros médicos entram em contato com a morte despersonalizada, devendo reprimir qualquer sensação de repulsa, nojo ou desespero. Pois:

Essas experiências traduzem um aprendizado voltado mais para o acúmulo de informação (primeira etapa do conhecimento) e carentes de tempo ou propósitos para realizar-se a reflexão (no mínimo) sobre atitudes e ações. Esse tipo de ensino cria um estudante disperso, defensivo, com pouca reflexão interior sobre si e quase nenhuma visão acurada do outro, seja ele seu colega, o docente ou o paciente. São experiências de aprendizagem que se voltam mais para ver o outro como um objeto, baseadas na relação EU-ISSO. (AZEVEDO, 2009, p. 593)

O ideal seria:

A humanização da formação médica necessita, dentre outras demandas, de “um outro professor e um outro estudante”, mais preocupados em se desenvolverem como “pessoas em sua totalidade”, e não apenas nos papéis fragmentados que exercem. Os espaços de escuta dos discentes devem ser cada vez mais ampliados e devemos instituir os espaços de escuta dos docentes, nos quais se possa ter a condição de refletir e decidir que docentes queremos ser. (AZEVEDO, 2009, p. 594)

Fica como desafio para o século XXI a criação de práticas inovadoras que abordem o tema da humanização no fazer em saúde, como menciona Ferreira (2007):

Outro desafio para o século XXI é a necessidade de humanização da saúde. A adaptação do currículo médico à visão moderna de saúde –

através das novas diretrizes curriculares dos cursos de medicina no Brasil – representa uma importante conquista neste aspecto. Além da diversificação dos cenários de aprendizagem – incluindo treinamento junto à comunidade, em unidades básicas de saúde, ambulatorios, serviços de emergência e enfermarias de hospitais comunitários, a consolidação definitiva desse novo olhar para a saúde exige também o incentivo cada vez maior de projetos na área de medicina preventiva. (p. 206)

A literatura salienta que o modo como as pessoas lidam com a morte vem sofrendo mudanças no decorrer dos séculos e hoje o que se percebe é que, cada vez mais, o ser humano tem dificuldades para lidar com a morte. Em razão de o médico ter como função primordial salvar a vida dos seus pacientes, e sendo essa responsabilidade agravada pela responsabilidade de tomar decisões rapidamente, já que precisa lidar com o inesperado; muitas vezes, esse profissional tem que enfrentar situações de impotência e fracasso diante da perda de um paciente. Interessante perceber que:

Uma vez que o médico tem a convicção de que está preparado tecnicamente e que, mesmo assim, seu empenho e conhecimento não foram suficientes, considera-se que a questão não seria mais dele, ou seja, a responsabilidade pela morte não seria dele. Dessa forma, o apoio na questão técnica pode ser entendido como um recurso que os médicos adotam e que ameniza o sofrimento e a culpa que possam surgir pela perda de um paciente. Assim, sem esse apoio técnico, seu trabalho ficaria impossível de acontecer. (QUIRINO, 2007, p. 87)

É importante salientar também a necessidade de reformulação das grades curriculares dos cursos de medicina. Segundo Nader (2009), a necessidade de humanização no ensino acadêmico tem conduzido à reestruturação de alguns cursos de Medicina, com a incorporação da Psicologia Médica, por exemplo.

Na Faculdade de Medicina de Sorocaba – Centro de Ciências Médicas e Biológicas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, até 2005, havia no currículo a disciplina Psicologia Geral e do Desenvolvimento, que discutia a concepção do aluno sobre a morte,

apresentava conceitos teóricos sobre o tema, propunha atividades práticas a fim de sensibilizar os discentes para uma atitude mais globalizada frente ao paciente e ajudá-los a lidar melhor com seus sentimentos.

E com a reestruturação da metodologia de ensino desta instituição e a introdução do Ensino Baseado em Problemas (*PBL – Problem Based Learning*), extinguiu-se tal disciplina. O que se espera é que as atividades tutoriais do PBL permitam garantir, além do conhecimento técnico-científico, reflexões nas quais os tutores e consultores capacitados dividam suas experiências e promovam o desenvolvimento da temática nas esferas teórica, pessoal e prática com os alunos. Nader (2009) menciona que:

Somente com uma formação adequada e decisões corajosas da sociedade por meio de seus representantes nos poderes de Estado é que se conseguirá aliviar os ombros do médico do enorme peso que a vivência, no isolamento de seus próprios juízos, tem que fazer na arena em que o morrer e a morte se colocam. (p.414)

A OMS (Organização Mundial da Saúde), em 1986 define que:

Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal; não apressar ou adiar a morte; oferecer alívio da dor e de outros sintomas que causem sofrimento; integrar os aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados ao paciente; oferecer um sistema de apoio para ajudar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família no enfrentamento da doença do paciente e em seu processo de luto.

Sendo assim, compreende-se, de acordo com Kovács (2008), que:

Entendemos como educação para a morte a que se faz no cotidiano, envolvendo comunicação, relacionamentos, perdas, situações limites, nas quais reviravoltas podem ocorrer em qualquer fase do desenvolvimento. Está calcada nos questionamentos, na procura do autoconhecimento, na

busca de sentido para a vida, o verdadeiro sentido de aprendizagem significativa. Nunca se trata de dar receitas, respostas simples, padrões, normas ou doutrinação, é a busca do sentido para toda a existência. (p. 466)

Sendo assim, permanece a necessidade de abordar as questões éticas do médico oncologista diante da morte do seu paciente.

2.1 DA ÉTICA À FINITUDE DO PACIENTE

“... a Ética é um tipo de saber normativo, isto é, que pretende orientar as ações dos seres humanos...”.

(Cortina & Martinez).

Antes de qualquer compreensão, acredito ser importante deixar claro o que se é entendido por ética neste estudo. Cortina; Martinez (2001) a conceituam não pelo senso comum, mas compreendida como filosofia moral, construída racionalmente a partir da reflexão sobre valores e princípios; aumentando o conhecimento sobre nós mesmos e pelo sentido para o que somos e o que fazemos:

[...] a Ética, a Filosofia moral, terá conseguido explicar o fenômeno moral, dar conta racionalmente da dimensão moral humana, de modo que teremos aumentado o nosso conhecimento sobre nós mesmos, e, portanto, alcançado um maior grau de liberdade [...]. (p. 09).

As funções da ética, segundo os autores acima mencionados, são: esclarecer o que é moral (modo de ser), fundamentar a moralidade e aplicar, nos diferentes âmbitos da vida social, os resultados obtidos pelos dois itens anteriores; estabelecendo uma moral crítica, racionalmente fundamentada e libertadora por se apropriar do sentido de vida. O que possibilita um sujeito ético moral: “... que sabe o que faz, conhece as causas e os fins de sua ação, o significado de suas intenções e de suas atitudes e a essência dos valores morais...” (CHAUÍ, 2005, p. 341).

Sendo assim, o que poderíamos pensar sobre a formação médica e ética? Haveria na sua prática uma omissão da discussão acerca da finitude dos pacientes? Estariam inseridos nestes processos as questões éticas e dificuldade de compreender um fenômeno inerente à nossa condição de humanos? Estas questões nos fazem pensar na dificuldade de médicos lidarem com a morte dos seus pacientes. Como aponta Silva (2009):

O modo como a morte (ou a ausência dela) na formação médica pode ser considerada indicador da não atenção dada ao tema do cuidado integral está presente nessas linhas por meio das vozes, silêncios e entreditos dos filhos de Esculápio. (p. 255)

A autora menciona que o silêncio é o modo como alguns profissionais optam para lidar com este tema, levando à necessidade de compreender e aprofundar as questões éticas.

Ética, em grego significa “*ethos*”, modo de ser; e a moral origina-se do latim “*morus*”, significando costumes. Hoje em dia usamos a palavra “*comportamento*” com o mesmo objetivo, para explicar como agimos junto com os outros, como seres que interagem e coabitam. Para FOUCAULT (1984), ética é:

[...] *êthos* era a maneira de ser e a maneira de se conduzir. Era um modo de ser do sujeito e uma certa maneira de fazer, visível para os outros . O *êthos* de alguém se traduz pelos hábitos, por ser parte, por ser maneira de caminhar, pela calma com que responde a todos os acontecimentos, etc. (p. 18)

De acordo com Oguisso (2006) ética diz respeito às concepções de fundo acerca da vida, do universo, do ser humano e de seu destino, sendo norteadas por princípios e valores que orientam pessoas e sociedades que se fundamenta e se manifesta nas atitudes relacionadas ao caráter, ao modo de ser do indivíduo. Ela expressa o “*eu*” de cada um; a raiz da palavra ética no termo grego quer dizer “*modo de ser*” ou “*caráter*”.

Para o autor a questão da ética define sempre o modo de relação com o outro. A ética profissional conscientiza o homem do cumprimento dos seus deveres na sua prática e relação com os pacientes. Neste estudo, consideramos médicos oncologistas clínicos que lidam com a perda por morte dos seus pacientes no cotidiano de trabalho.

A moral envolve atos humanos, bons costumes, deveres do homem como indivíduo ou perante seu grupo profissional. É o conjunto de regras, condutas e hábitos julgado válidos, quer de modo absoluto, quer para grupo ou pessoa determinada.

Ao considerar a ética se fala de liberdade, de pensar, agir e ser, levando em conta a moral como valores estabelecidos por indivíduos, grupos, sociedades e culturas. Espaços criados e ocupados pelo homem a partir das suas normas e padrões de conduta, “[...] pois o que é a ética senão a prática da liberdade, a prática refletida da liberdade? [...] a liberdade é a condição ontológica da ética. Mas a ética é a forma refletida assumida pela liberdade”. (FOUCAULT, 1984, p. 20)

Ser médico e ético implica no domínio de um conhecimento já estabelecido pelo homem, pela área e profissão, cuidar e tratar requer manejo de procedimentos tecnológicos, dentre outros, que não devem ser apenas reproduzidos mecanicamente. A ética é o que o possibilita desfrutar de uma liberdade de ser e agir dentro deste contexto, neste estudo, hospitalar.

Ética é a capacidade do indivíduo de interagir reflexivamente com a moral, permitindo ser na liberdade de ser; sendo assim, um médico livre, com possibilidade de transitar pela técnica e seu modo de ser enquanto profissional e ser humano, resultado desta interação e liberdade.

Ser médico implica numa relação com o outro que possibilita um aprendizado para a vida, pois o cuidado nunca é unilateral; cuidado este entendido num contexto mais amplo. Não é um caminho de mão única e sim, de mão dupla, no qual, o médico, ao cuidar, também se

sente afetado por tratar-se de uma relação entre humanos, tanto é que o cuidado só se realiza na interação, pois esta é condição primeira deste processo.

No processo de cuidado, em especial, na relação médico e paciente, a ética deveria ter como objetivo espelhar não apenas o discurso, mas sim, possibilitar ao paciente vislumbrar as atitudes e condutas médicas adotadas. O médico deveria também focar na abordagem de valores humanos.

O médico deveria deixar claro para seu paciente que, no contexto hospitalar, ambos os agentes devem estar abertos através da transparência de suas ações e pelo respeito aos direitos de seus pacientes como seres humanos, possibilitando diálogo, reflexão, troca de experiências e saberes e conscientização do cuidado.

Bicudo (2010) refere-se à ética como um tipo de saber que se constrói racionalmente, como reflexão das questões morais a fim de desdobrar conceitos e argumentos que permitem compreender a dimensão moral da pessoa humana, sem reduzi-la a seus componentes psicológicos, sociológicos e econômicos. (BICUDO, 2010)

Para a autora, a moral pode ser entendida como um conjunto de princípios, preceitos, comandos, proibições, permissões, normas de conduta, valores e ideais de vida boa que, em seu conjunto, constituem um sistema mais ou menos coerente, próprio de um grupo humano concreto em uma determinada época histórica e forma de vida.

É, portanto, um determinado modelo ideal de *“boa conduta socialmente estabelecido”*. Refere-se também ao código de conduta pessoal de alguém. (Moral Vivida e Moral Pensada). Sendo assim, sistematiza um conjunto concreto de princípios, normas, preceitos e valores (Certo e Errado; Confissões Religiosas; Sistemas Filosóficos, etc).

Para Bicudo (2010) a moral não é apenas um saber, nem um dever, mas é, sobretudo, uma atitude e um caráter. Trata-se do *“como”* das decisões que temos que tomar diante nós

mesmos e diante dos outros, decisões que nos levam a buscar orientações nos valores, princípios e preceitos que a constituem.

Um fator que interfere na relação ideal entre médico e paciente é a questão do valor do indivíduo. Hoje, o paciente, muitas vezes, tem o valor que o mercado estipula. E nesta relação real e não somente ideal estão presentes os aspectos da ética do cuidado, tais como: o respeito à individualidade do ser humano e, assim, o médico passa a não ser somente um agente de informações, o detentor de poder, mas também aquele que escuta e respeita opiniões e a diversidade de culturas, religiões entre outros aspectos.

É necessário respeitar o paciente como ser humano independente da sua condição sócio-econômica. O cuidado humano deve existir para todos sem distinção; e o paciente tem o direito de ser cuidado e ser respeitado. Não é possível cuidar do outro sem antes cuidar de si próprio e:

[...] o cuidado de si é certamente o conhecimento de si – este é o lado socrático-platônico, mas é também o conhecimento de um certo número de regras de conduta ou de princípios que são simultaneamente verdades e prescrições. Cuidar de si é se munir dessas verdades: nesse caso a ética se liga ao jogo da verdade. (FOUCAULT, 1984).

Sendo assim, é preciso refletir sobre objetividade científica divorciada da subjetividade humana que nos arrasta para a tecnologia e a desumanização. O médico é parte essencial do tratamento e cuidado do paciente, é aquele que se coloca entre o componente humano e a tecnologia, pressionado pela qualidade do tratamento, cuidado com a relação estabelecida com o paciente (humanização) e otimização do tempo.

Para Fortes (1998) o problema é que este enquadramento pode levar o profissional considerar o “*Código de Ética*”, como “*Receita de Bolo*” de sua vida profissional, reduzindo sua conduta ao que o código permite e/ou não permite, assim, acaba por vedar o prisma da reflexão acerca do comportamento humano, mesmo porque a ética visa à

interioridade do ser humano, solicita convicções próprias que não podem ser impostas de fontes exteriores ao indivíduo.

Partindo desta compreensão, o código de ética que não é de ética e sim de direitos e deveres não dá conta da dimensão humana, por isso deve ser entendido num contexto maior e não apenas como uma série de artigos e parágrafos que teorizam sobre os direitos e deveres de uma determinada profissão. O profissional deve extrapolar o conteúdo teórico internalizando atitudes e sentimentos éticos, considerando sua relação com o paciente. Os códigos abrangem, mas não aprofundam na questão da relação médico-paciente, o que merece ser melhor explorado.

Sabe-se que muitas situações não são integradas ao código de ética e o intuito não é esgotar o assunto, e sim chamar à consciência médicos e profissionais da saúde em geral para que reflitam a respeito. É necessário o desenvolvimento de um novo modo de pensar num contexto global e não reducionista, tendo como ponto de partida as diferentes facetas da profissão em relação à inseparabilidade com o meio cultural, social, econômico e educacional.

Não há a pretensão de dizer o que é certo ou errado, e sim possibilitar que o ser humano continue com o seu desafio de integrar as suas incertezas, à fé e à esperança, pois conhecer e pensar não é chegar a uma verdade absolutamente certa, mas sim dialogar com a incerteza.

Por outro lado, a atualidade “*massificante*” descaracteriza, muitas vezes, o valor do humano e “*coesifica*” o paciente e as relações com ele estabelecidas. O médico pode se tornar um profissional escravo da tecnologia e de seus procedimentos, desvinculando-se de seu auto-cuidado e auto-conhecimento, fatores importantes para o equilíbrio da saúde e melhoria da qualidade do processo de cuidado e tratamento a pacientes.

O auto-cuidado refere-se à relação “*eu-eu*”, de cunho terapêutico, no qual o cuidado submetido busca alívio por meio de si mesmo, o que facilita o entendimento do sofrimento;

afinal, ninguém melhor para entender sua dor do que aquele que a sente. O imprescindível é a consciência e a sinceridade na aceitação do que realmente é sentido para buscar soluções.

Sendo assim, permanece a necessidade de abordar a questão do médico oncologista diante da morte, algo abordado no próximo capítulo.

CAPÍTULO III:

O MÉDICO ONCOLOGISTA FRENTE À MORTE E OS CUIDADOS PALIATIVOS

“Tenha, em relação às doenças, duas coisas

em vista: seja útil ou, ao menos,

não prejudique.”

(Hipócrates – c 430 a.C.)

O que é ser médico oncologista diante da morte do seu paciente? Como é ter que entender que a morte não é uma doença a ser combatida? A formação médica está voltada para os aspectos técnicos ou humanos? São questões que nos levam a pensar onde residem as dificuldades do médico em lidar com a perda do seu paciente.

Em princípio, pode-se entender que:

A origem da palavra “câncer” nasce com Hipócrates, “pai da medicina”, que viveu entre 460 e 370 a.C. e usou os termos “carcinos” e “carcinoma” para descrever certos tipos de tumores, que, em grego, querem dizer “caranguejo”. O termo faz referência ao aspecto do tumor, uma vez que as projeções e os vasos sanguíneos ao seu redor lembram as patas de um crustáceo. Alguns séculos depois, entre 130 e 200 d.C. Galeno passa a ser referência no tratamento de câncer, e, nesta época, determina que o câncer é uma doença incurável e que, após diagnosticada, pouco havia para se fazer. (CANO, 2008, p. 23)

Considerando os avanços da oncologia, segundo Cano (2008), entende-se que o câncer é resultado de uma divisão de células doentes. A partir da II Guerra Mundial, com o desenvolvimento da medicina nuclear, a radioterapia surgiu como um tratamento rotineiro para o câncer. Menciona ainda o surgimento da quimioterapia como resposta aos estudos de sangue de soldados expostos a gás mostarda apresentando baixas taxas de leucócitos e

glóbulos brancos. Neste movimento, em 1956 aconteceu a primeira cura de um câncer metastático com a ajuda da quimioterapia.

Segundo Cano (2008), no Brasil, em especial, as experiências na área se dão a partir dos anos quarenta nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. A primeira modalidade de residência na área surgiu apenas em 1946 no Rio de Janeiro pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). Somente em 1977, com o Decreto de número: 80.281, que se instituiu, no Brasil, a Residência Médica em formato de pós-graduação para os graduados em medicina.

Para Cano (2008), o reconhecimento enquanto especialidade médica se deu, oficialmente, pelo Conselho Federal de Medicina – CFM: 1.763/05, publicada em março de 2005. Desde então, ficou determinado que a especialidade em oncologia devesse ter duração de dois anos, tendo como pré-requisito dois anos de especialização/residência em clínica médica. O programa deve contemplar o mínimo de 35% da carga horária anual em unidade de internação, o mínimo de 35% em ambulatório e 10% em atividades de urgência e emergência.

De acordo com Cano (2008), a residência deve contemplar ainda estágios obrigatórios em Radioterapia, Patologia e Cirurgia Oncológica, sendo considerados estágios opcionais a Oncologia Pediátrica, a prevenção e outros que ficam a critério da instituição.

Existe ainda hoje uma necessidade de qualificação no que diz respeito aos recursos humanos nesta área, no sentido de não considerar apenas o crescimento tecnológico, mas aos cuidados relacionados à pessoa do doente. Infelizmente: “A medicina, enquanto profissão calcada nos ditames da objetividade, da ciência positivista, enfatiza, já na sua formação, a separação que, como consequência, resulta em um olhar fragmentado do corpo humano”. (CANO, 2008, p. 27)

Esta qualificação durante a formação se faz necessário até mesmo porque, de acordo com Airès (2003), o homem, durante milênios, foi senhor soberano de sua morte e das circunstâncias dela. Hoje deixou de sê-lo. Em primeiro lugar, era tácito, como sendo uma

coisa normal, que o homem sabia que ia morrer, seja porque se apercebeu espontaneamente, seja porque foi preciso adverti-lo, era natural que o homem sentisse a proximidade da morte. Entende-se que morrer é inevitável, o que vai mudando ao longo dos tempos é o modo como o humano vai lidando com tal evento da vida de todos seres vivos. Porém, é de extrema importância:

O olhar, o cuidar, o ouvir podem trazer de volta a humanidade que estas pessoas perderam em consequência da doença. É a compaixão, no sentido de empatia de poder estar com o mundo do outro. Não são receitas, apenas pinceladas do que entendo como rehumanização da morte. (KOVÁCS, 2003, p. 112)

E existe um momento em que a suspensão das técnicas se torna necessário e como proceder a partir daí? O que é possível fazer até o momento da morte?

O limite terapêutico surge dentro da Medicina quando os recursos para a cura do paciente se esgotarem, e o fim da vida é a única trilha de um caminho sem volta. O cuidado torna fundamental e o fazer pelo paciente, na perspectiva do trabalho, tem a preocupação com o alívio e com o conforto, embora esta idéia deva estar sempre em todos os momentos do tratamento. Parece então que o limite terapêutico é estabelecido quando o cuidado é prioritário à cura. Assim, a missão do profissional da saúde com um paciente terminal, é atuar na dimensão do cuidado e na proteção do paciente que está morrendo. (AZEREDO, 2007, p. 34)

É preciso cuidar, curar, mas tudo isso acompanhado do cuidado humanizado. Sendo assim, poderíamos pensar que, diante de tanto avanço tecnológico, biológico, terapêuticos, farmacológicos e controle da dor ter-se-ia uma morte mais tranquila, mais aceitável, mas parece que são coisas antagônicas. Mesmo assim, é sabido que:

O avanço em todos os campos dos saberes é notório e indiscutível. Contudo, por maiores que tenham sido os avanços tecnológicos, a morte não parece ter ganhado mais dignidade ou mais paz. Cuidar dignamente

de uma pessoa que está morrendo, num contexto clínico, significa respeitar a integridade da pessoa. (AZEREDO, 2007, p. 36)

Não se pode pensar mais num ambiente de trabalho, no qual a presença da morte se tornou constante, sem refletir sobre suas implicações. Pois se sabe que:

A morte está repleta de múltiplos sentidos e carregada de emoções, transforma-se em vivências nos campos de prática. Diante desta “rotina hospitalar”, faz necessário um espaço de troca dentro da formação médica onde temas e vivências tão intensos sejam discutidos. (AZEREDO, 2007, p. 111)

De acordo com Cano (2008), o cotidiano destes profissionais faz com que eles se deparem frequentemente com situações de risco, doença, dor, sofrimento, desamparo e contato constante com a morte. O profissional é obrigado a lidar constantemente com angústias, conflitos e obstáculos frente às situações de fragilidade, vulnerabilidade, medo, desespero, depressão e agressividade; sem contar com a incompreensão dos familiares diante do agravamento do quadro de pacientes. Sendo assim, podemos compreender então, do ponto de vista psicológico, a prática médica inclui demandas que extrapolam, muitas vezes, a capacidade humana de fazê-las. E uma delas que deve ser levado em consideração é a comunicação e a notificação de más notícias:

A dificuldade de estabelecer um diálogo com o paciente sem perspectivas de cura se inicia na própria comunicação do diagnóstico, quando é comum a ocultação de informação, geralmente sustentada pelo argumento de que essa notícia poderia levá-lo à depressão, gerando um agravamento da doença. No entanto, muitas vezes, sob esse manto de proteção, encobrem-se dificuldades do profissional da saúde, que receia que a comunicação de um diagnóstico desfavorável diminua a admiração que recebe do enfermo e, principalmente, leve-o a se envolver no sofrimento que essas situações inexoravelmente apresentam. (QUINTANA, 2006, p. 416).

Sabe-se que, de acordo com Quintana (2006), que muitas informações não são transmitidas ao paciente no contexto hospitalar, quando se trata, principalmente de um paciente com doença avançada, até como forma de defesa do médico, ou melhor, como possibilidade de uma maior facilidade no manejo da informação; então, são acordos que acontecem entre médicos e famílias:

Identifica-se, tanto nos relatos como nas observações, que nos casos com prognóstico desfavorável se estabelece uma aliança entre a família e o profissional de saúde no que se refere à restrição da informação ao paciente. Sendo que o compromisso de comunicar o diagnóstico cabe ao profissional, a negativa da família de repassar essa notícia ao doente se constitui num alívio para aquele que passa a ser dispensado de uma tarefa para a qual não se sente capacitado. A equipe de saúde e o familiar tornam-se cúmplices de um mesmo segredo em relação a ele. É nesse sentido que se crê que a escolha de se comunicar com o familiar seja motivada pela dificuldade da equipe em lidar com a morte e, portanto, com o paciente terminal. (QUINTANA, 2006, p. 421)

Algo interessante de ser levado em consideração é o fato de que, de acordo com Quintana (2006), a equipe parece cega às suas resistências em se comunicar abertamente com o paciente e mesmo nos casos em que a comunicação é valorizada, sua ausência nunca é atribuída às dificuldades dos profissionais e sim projetada na família ou no próprio doente. Sendo assim:

Recomenda-se, assim, que o preparo para trabalhar com pacientes terminais se inicie nos próprios cursos de graduação, uma vez que isto faz parte das habilidades que os profissionais da saúde deveriam ter; e possibilitaria deixar de ver o paciente terminal como uma derrota, um caso perdido para enxergá-lo como um ser humano que pode e necessita ser ajudado nessa etapa de sua vida. [...] nota-se, assim, a necessidade de criar espaços que dêem sustentação no lado afetivo dos profissionais que lidam com a morte e com o paciente terminal no seu cotidiano. Para tanto, sugere-se que sejam propiciados momentos para discutir as questões da

morte e do morrer, tanto no meio acadêmico quanto hospitalar, proporcionando a elaboração dos medos e fantasias da equipe de saúde frente ao desconhecido que essa questão envolve. (QUINTANA, 2006, p. 423)

Sendo assim, o Ministério da Saúde (2001 – 2004), ao apresentar as propostas de humanização da assistência, salienta a necessidade e a importância do cuidado com os profissionais da área. As propostas prevêem a identificação de necessidades e expectativas dos mesmos. Cursos de capacitação visando à humanização dos serviços, bem como a criação de meios de suporte profissional, por meio de grupos, apoio psicológico ou social, aspectos de troca, discussão de casos e situações de conflitos, são alternativas. Pois:

Entende-se que trabalhar em ambientes relacionados à área da saúde exige habilidades específicas, capacidade para lidar com o sofrimento alheio, e também ter consciência de que a resposta à doença nem sempre se encontra acessível aos profissionais. Para os oncologistas, lidar com uma doença que, por natureza, apresenta comportamento e evolução instável, por si só, os coloca diante do inesperado, do imprevisível. (CANO, 2008, p. 50)

De acordo com Cano (2008), o médico, durante a sua trajetória profissional que se inicia desde a graduação, este vai descobrindo e traçando o seu próprio modo de lidar com as circunstâncias de vida e morte que lhes são apresentados durante o seu cotidiano de trabalho; habilidades que, muitas vezes, não são contempladas durante a formação técnica. Pode-se pensar também que:

Uma das hipóteses para compreensão dessa não-percepção é que, em um curto espaço de tempo, de uma consulta para outra, às vezes em um período de 10 minutos, os oncologistas experimentam oscilações: entre emoções positivas, quando de algum êxito alcançado, e emoções negativas, quando diante da não-resposta ao tratamento. Assim, os profissionais parecem não se deter ao que lhe passa, numa tentativa de evitar essas emoções. (CANO, 2008, p. 61)

Para Kovács (1992), a oscilação de sentimentos e emoções, nas unidades de pacientes com câncer, está presente pelo fato do médico experimentar sensação de tudo poder em paralelo com a frustração de não poder fazer nada diante da imprevisibilidade dos processos biológicos. Pois:

A reflexão que se faz necessária não acena para a não-vinculação, ou para a construção de uma barreira emocional, mas, isto sim, para o fato de que se faz imperativo trabalhar os aspectos da personalidade e da subjetividade dos profissionais. (CANO, 2008, p. 62)

Cano (2008) aponta também para os sentimentos ditos “negativos”, tais como: luto e pesar pela perda dos pacientes por morte e positivas, tais como: gratificação por realizar uma tarefa, ajudar alguém que precisa e a sensação de dever cumprido. E, em especial, o sentimento de onipotência como tentativa de superação da dicotomia: impotência x possibilidades. Estes profissionais também são expostos às situações críticas que evocam sentimentos:

[...] a vergonha e a frustração que o profissional experimenta diante de situações em que não têm uma resposta, um recurso terapêutico para ser oferecido, ou diante de uma tentativa que não apresentou os resultados esperados. Nessas ocasiões, o profissional parece corporificar a visão que tinha quando do início da profissão médica, mas ainda muito presente no imaginário das pessoas e dos próprios médicos que lhe outorgam a possibilidade de curar o corpo e tratar as almas [...] diante da cobrança pessoal, na tentativa de dar solução às questões que se apresentam e ao corporificar esta idéia de um salvador, o profissional pode referir sentimentos de irritação frente às limitações cotidianas. (CANO, 2008, p. 64)

Para Cano (2008), o oncologista é alguém que detém o poder da cura e a relação entre médico e paciente, embasada por este poder não é refletida, o que leva o médico se sentir responsável pela vida do paciente. E muitas vezes, esta responsabilidade acaba sendo

traduzida como irritação, raiva, sentimento de pena e de ser penalizado perante a piora do paciente.

Além disso, o grande crescimento da tecnologia na área de saúde e a crescente dependência da equipe em relação à mesma aumentaram a distância entre o profissional e o paciente agonizante, permitindo, simultaneamente, o aumento do controle sobre o tempo e as circunstâncias da morte [...] Uma das causas do afastamento da equipe em relação ao paciente agonizante é, ainda, a crença de que o doente nada mais pode fazer do que esperar a sua morte. (QUINTANA, 2006, p. 416)

Esslinger (2004) ressalta que os sentimentos de fracasso, raiva, impotência e frustração estão presentes em situações em que os profissionais da saúde se colocam enquanto combatentes da doença e da morte. No entanto:

[...] percebe-se que o oncologista clínico depara-se com diversas situações que lhe despertam os mais variados sentimentos. Muitas vezes, estes são gerados de estresse, instabilidade emocional, tensão e angústia. Cabe salientar que estes sentimentos variam de pessoa para pessoa, pois aquilo que toca a um, e que lhe faz sofrer, pode ser diferente para o outro, justamente, porque cada um tem sua história de vida. (CANO, 2008, p. 66)

Portanto, a dificuldade de vinculação entre o oncologista e seu paciente pode estar relacionada com a dificuldade de separação que o profissional evidencia, entre sua vida e a vida pessoal do paciente. Afinal, este compartilha com o médico seus problemas sociais, financeiros, psicoafetivos e aqueles inerentes à sua doença. Sendo assim:

[...] os profissionais deveriam estar preparados do ponto vista emocional, até mesmo para que tenham certa tolerância, e não encaminhem todos os pacientes, na tentativa de resolver e colocar este limite. (CANO, 2008, p. 83)

Muitas vezes, o oncologista é a pessoa de referência que o paciente tem para recorrer diante das dificuldades apresentadas, tais como os prejuízos apresentados pela própria doença, problemas sociais, emocionais, dentre outros, o que acaba se tornando um problema a mais para o médico. Tanto é que:

Essas situações e investimentos ao que o profissional está sujeito trazem à tona um rol de sentimentos e perturbações emocionais, com os quais o oncologista se encontra envolto. São situações em que estes são colocados num pedestal, mas que talvez, em um ou dois meses, os olhares antes dirigidos a ele com muita esperança e gratidão não passem de olhares vazios e desesperançados. Assim, comunicar más notícias, como a hora de para o tratamento, ou comunicar que os esforços terapêuticos não estão tendo resultados, configura-se em um evento difícil. (CANO, 2008, p. 86)

De acordo com Cano (2008), ao considerar o imaginário social e o estigma do câncer, acrescidos da idéia de ser uma doença incurável e que leva à morte, o oncologista parece ser um profissional diferenciado do demais porque convive com um número grande de expectativas comparado com as demais especialidades médicas. No entanto:

Dentro desta perspectiva, a relação médico-paciente parece ganhar outro tom, uma vez que o profissional percebe uma diferença de poder significativa em relação ao seu paciente. Assim, o oncologista clínico se concebe um profissional mais apto a lidar com as questões que envolvem a terminalidade e a morte. (CANO, 2008, p. 94)

Para Quintana (2006), as equipes que tratam de pacientes terminais têm a idéia de que as preocupações destes se restringem à dor e aos sintomas da doença, o que leva esses profissionais a excluírem do tratamento a dimensão existencial. Hoje os profissionais também focam mais os sintomas do que as demais questões da vida do paciente. É sabido que se este olhar fosse modificado, a abordagem e foco do tratamento seria outro, pois:

[...] considera-se que uma aproximação ao significado que a fase terminal da vida tem para os profissionais que dela se ocupam é uma ferramenta

importante para permitir à equipe de saúde melhor aproximação a esses pacientes. Disso se obteria um benefício duplo: por um lado para o paciente seria proveitoso, pois, na medida em que a equipe não mais o excluísse e pudesse dele se aproximar, sem receio de escutar as suas preocupações, estaria colaborando para a sua saúde mental e, conseqüentemente, produziria efeitos positivos em relação aos sintomas físicos como dores e falta de energia. Por outro lado, tal aproximação seria benéfica para os próprios profissionais de saúde, libertando-os da culpa pelo abandono a que submeteram seu paciente e propiciando-lhes o conforto de saber que ajudaram o doente a enfrentar uma das fases mais difíceis da vida. (QUINTANA, 2006, p. 417)

Pode-se pensar também que, de acordo com Quintana (2006), muitas vezes a equipe de saúde já entra na luta com o ônus da derrota, pois se esquece que, muitas vezes, a morte é maior e mais evidente do que todo o tecnicismo do saber médico. Estar na condição de lutar é uma tarefa exaustiva, em que as derrotas podem acontecer. Parece que admitir que não se tenha nada mais para fazer pelo paciente daria uma imagem negativa do profissional, mostrando que ele não se preocupa com o paciente. No entanto:

[...] esse posicionamento do profissional de medicina tem repercussões problemáticas: se por um lado, quanto maior a gravidade do paciente, maior é a sensação de poder salvá-lo; por outro lado, quando não atinge esse objetivo, também é grande a sensação de fracasso. (QUINTANA, 2006, 420)

De acordo com Kovács (1992), não se pode considerar que essa postura da equipe de saúde frente ao paciente terminal seja inerente a esses profissionais, pois é difícil em nosso tempo encarar a morte como fenômeno natural, pois com o avanço da ciência, mais se teme e se nega a morte como realidade. Levando em consideração o modo como a sociedade atual age perante a morte, torna-se compreensível o afastamento da equipe de saúde desses pacientes terminais. Tanto é que:

Esse procedimento evidencia que não se considera o paciente um sujeito responsável ainda que o mesmo seja maior de idade. De certa forma, a condição do terminal parece implicar na perda dos seus direitos, passando este a depender da família para saber de sua condição, já que a equipe de saúde delega a esta a responsabilidade de contar ou ocultar essa informação. (QUINTANA, 2006, 421)

Portanto:

Difícil? Sim. É muito difícil. Estarmos ao lado de um paciente que vivencia sua terminalidade, à qual desejamos tornar mais suportável, somos expostos à nossa própria realidade, à realidade de nossa finitude, de nossa limitação, de nossa impotência em face da única certeza de nossa vida: a morte. (CASTRO, 2003, p.243)

No entanto, deve-se levar em consideração, como especificidade da oncologia:

[...] as fantasias e os estigmas relacionados ao câncer que permeiam não apenas as pessoas de um modo universal, mas também os profissionais. Deste modo, mesmo diante da possibilidade de cura, em alguns casos, ou de tornar-se uma doença crônica, o diagnóstico de câncer traz medos de deteriorização, sofrimento, dor e morte, que assolam inclusive os médicos. (CANO *apud* CARVALHO, 2008, p. 34)

Neste sentido, cabe refletir no quanto o tratamento do câncer não afeta apenas o paciente, mas também os familiares e profissionais da saúde que sentem, sofrem e vivenciam este processo em outros âmbitos influenciando também suas vidas, pois se tratam de vidas que cuidam de outras vidas; então, os vínculos estabelecidos entre elas são inevitáveis e por assim sê-los estes merecem ser reconhecidos, validados e cuidados.

Kovács (1992) ressalta que trabalhar com o sofrimento ocasionado pela perda do paciente remete, muitas vezes, a trabalhar a própria negação do profissional diante da morte, uma vez que isso desperta neles vivências que ferem seu narcisismo e sua onipotência, colocando-os diante do incompleto, de algo não terminado.

É como se aquele projeto, revalorizado, reconhecido, pudesse ser retomado em um novo plano, ressignificando tudo à sua volta, inclusive, e especialmente, o cuidado de si. (AYRES, 2004, p. 21)

O auto-conhecimento é extremamente importante para o profissional da saúde, em especial para aqueles que lidam com a morte no seu cotidiano de trabalho, pois:

Este encontro terapêutico de outra qualidade, mais “humanizado”, certamente apresenta características técnicas diversas daquele que se realizava anteriormente. Embora a guinada de um a outro modelo tenha sido fruto de razões e ações não redutíveis a uma técnica, assim que se assenta em novas bases a relação terapêutica, novas mediações técnicas são reclamadas, de modo a garantir tecnicamente que se possa repetir o sucesso prático que justifica o encontro terapêutico. (AYRES, 2004, p. 22)

De acordo com Esslinger (2004), profissionais da saúde podem se colocar como inimigos e combatentes da morte e podem ser deflagrados pelos sentimentos que emergem destas práticas, tais como: sensação de fracasso, impotência, raiva, fragilidade e frustração. Salienta a necessidade de conhecer estas realidades, para que se possa contribuir com dados efetivos em ações de promoção da saúde. Uma vez que:

Quando se trata de identificar potencialidades tecnológicas inscritas nesses processos identitários, o fundamental parece ser abrir espaço, de modo sistemático para uma discursividade mais livre, isto é, onde o diálogo busque ativamente uma renúncia, ao menos temporária, a deixar-se guiar como uma anamnese, em sentido estrito. (AYRES, 2004, p. 25)

Conforme Pita (2003), o constante contato com pessoas adoecidas ou lesadas fisicamente impõe um fluxo de tarefas que podem ser, algumas vezes, repulsivas ou aterrorizantes. Essas são tarefas que requerem uma adaptação prévia, ou seja, ajustes e adequações de estratégias defensivas para alcançar um grau mínimo de satisfação no desempenho delas. Do mesmo modo, e considerando que a prática do oncologista exige tais adequações e ajustes.

Também é verdade, que a morte e o morrer são temas frequentemente discutidos pelos profissionais da saúde. Contudo, também é fato, que muitas destas discussões estão sempre perpassadas por questões relacionadas à como realizar procedimentos corretos, técnicas assépticas, administrar medicamentos adequados e, porque as terapêuticas fracassam diante da morte. Poucos são os espaços que questionam quais os sentimentos e percepções destes profissionais diante da morte. (AZEREDO, 2007, p. 13)

Para tanto, se faz necessário pensar em modos de lidar com estes sentimentos e emoções emergidos deste processo do cuidar de pessoas próximas da morte, pois se sabe que:

O manejo de emoções e significados diante da morte é elemento de fundamental importância na formação dos profissionais de saúde. Lidar com a perda, sofrimento e dor muito frequentemente desperta no profissional esses mesmos sentimentos, levando à fuga e ao distanciamento. (KOVÁCS *apud* CASELLATO, 2005, p.36).

Bromberg (1996) aponta que se não pudermos elaborar as nossas angústias e tristezas em relação à morte do outro, não poderemos também mudar, lidar com os nossos comportamentos e muito menos nos prepararmos melhor para lidar com o paciente em estágio terminal da doença, podendo estar em contato mais sensível com o que implica a terminalidade na sociedade contemporânea. Porque “Trabalhar com o processo da morte seguramente nos reporta à nossa própria morte e às nossas angústias ligadas a ela”. (BROMBERG, 1996, p. 61)

De acordo com Casellato (2005), se o profissional de saúde não conseguir elaborar e expressar suas angústias diante da morte do outro, dificilmente, conseguirá se preparar para melhor lidar com o paciente que está morrendo.

A autora ressalta também que apesar da morte fazer parte da rotina de trabalho, observa-se que o profissional de saúde, geralmente, não se dá conta do seu sofrimento quando este entra em contato com a morte, o morrer e as fantasias inconscientes que o acompanham. E:

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 [...] Ouvi-las é um ato que pode ajudá-las também a aprender a se ouvir [...] o que pode ser fundamental no processo de aquisição de melhor qualidade de vida. (KOVÁCS, 1992, p.229 – 230)

Para Castro (2003), o paciente hospitalizado, no final de sua existência pode ficar isolado em seu leito e distante de sua casa, quarto, cama, de onde estão depositados a sua história, sonhos e esperanças. Afastados de seus familiares, visto que somente podem visitá-lo em dias e horários pré-estabelecidos pela instituição. Por isso é importante compreender que:

Tratar de pacientes gravemente enfermos, deixá-los confortáveis e sem dor é uma das tarefas mais difíceis, envolvendo necessidade de escuta e de contatos intensos [...]. (KOVÁCS, 2003, p. 33)

O toque físico é de extrema importância para o paciente gravemente enfermo, uma vez que, muitos deles já há tempo não são tocados. O toque físico resgata a possibilidade de nossa humanidade, do nosso corpo e das sensações de ainda estar vivo. Pois:

Muitas vezes, o rótulo terminal traz a falsa idéia de que não há mais nada que se possa fazer pelo paciente. Esta é uma crença errônea, pois, como vimos, é justamente neste momento que a pessoa necessita de ajuda tanto física como psíquica. Os desejos continuam enquanto há vida, e o paciente ainda não morreu. (KOVÁCS, 1992, p.206)

Enquanto houver vida haverá tempo de se fazer algo e uma destas formas é através dos cuidados paliativos apresentados a seguir.

3.1 CUIDADOS PALIATIVOS

*Confundir um tratamento fútil com a futilidade da vida em si
é uma séria ofensa à dignidade humana*

(Edmundo Pellegrino)

Existe uma tendência presente no exterior e que tem se apresentado eficaz e crescente no Brasil que são os Cuidados Paliativos, os quais abrem novas possibilidades de compreensão e intervenção para pacientes com o foco no cuidar e não apenas curar. Sabe-se que:

[...] em 1990, a Organização Mundial da Saúde conceitua Cuidados Paliativos, como os cuidados ativos e totais voltados ao paciente, quando a sua doença não responde mais a tratamentos curativos. O controle da dor e de outros sintomas (psicológicos, sociais e espirituais) passa a ser prioridade, pois alcançar uma melhor qualidade de vida é o objetivo principal. (CANO, 2008, p. 25)

Para Figueiredo (2008), o termo “paliativo” é universalmente conhecido para designar a atenção multiprofissional a pacientes que já não mais se beneficiam de tratamento curativo. No Brasil este termo tem um significado infeliz, por evocar termos como: “enganação”, “de segunda classe”, “quebra-galho”, “tapa-buraco”, “jeitinho”...

De acordo com o autor supracitado, atualmente a ciência cartesiana tem sido muito questionada e taxada como fria, asséptica, que prometia felicidade como consequência do progresso, mas não tem possibilitado a erradicação dos males que afligem o homem.

A OMS (Organização Mundial da Saúde) entende que os cuidados paliativos:

- Visam atingir e manter um nível ótimo de controle da dor e de outros sintomas desconfortáveis;
- Afirmam a vida e encaram o morrer como um processo natural e cíclico;
- Não apressam nem adiam a morte, mas também não a prolongam;

- Integram os diversos aspectos (físicos, sociais, psicológicos e espirituais) do indivíduo;
- Oferecem um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte. Para isso, podem necessitar do trabalho conjunto de uma equipe multiprofissional formada por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, dentistas, nutricionistas, farmacêuticos clínicos, assistentes espirituais, voluntários leigos e outros;
- Ajudam a família a lidar com a doença do paciente e com o luto;
- Exigem uma abordagem multiprofissional, com equipes em que ninguém é superior a ninguém em poder ou importância;
- Buscam aprimorar a qualidade de vida até o momento último da morte.

Eles são aplicáveis desde o estágio inicial da doença crônica, concomitantemente com as terapias curativas adequadas. E sabe-se que os princípios éticos que norteiam o tratamento de pacientes em cuidados paliativos podem ser expressos pelos seguintes itens:

- Todo tratamento nos moldes de cuidados paliativos deve incluir e respeitar as necessidades da família;
- Todo doente tem o direito de ver aceita e acatada por toda a equipe a sua autonomia em relação ao tratamento, inclusive para abandoná-lo, mantendo-se cuidado no que diz respeito aos sintomas;
- A equipe de profissionais deve avaliar as vantagens do tratamento a cada momento da doença, ponderando os riscos que acompanham o benefício de cada ação proposta;
- O doente tem direito a obter os melhores cuidados profissionais disponíveis, ser respeitado na sua dignidade, ser apoiado e cuidado nas suas necessidades;
- O paciente tem o direito de ser informado clara e detalhadamente sobre a sua doença, respeitada a sua capacidade de suportar progressivamente a verdade;

- O doente tem o direito de participar das decisões a respeito do seu tratamento, cabendo-lhe a palavra final, desde que adequadamente esclarecido a respeito dos fatos que lhe dizem respeito;
- O doente tem o direito de recusar tratamentos fúteis e dolorosos com o objetivo de prolongamento do tempo de vida no caso de doenças incuráveis, tendo, também, o direito de reverter essa escolha a qualquer momento;
- Cada ato e decisão devem ser documentados de forma clara e por escrito no prontuário do doente.

As práticas dos cuidados paliativos são diversas e estas também dependem da demanda em termos de recursos materiais e de profissionais disponíveis. Por exemplo:

- No domicílio (assistência domiciliária);
- No hospital (em ambulatórios e/ou enfermarias, com leitos próprios ou sob forma de consultoria a outras clínicas);
- Nas “hospedarias”.

Atualmente parece que as práticas médicas ainda não atendem a demanda da população que delas precisam, em especial quando estes se encontram no final da vida. Sendo assim, surge um novo modelo que “Opõe-se tanto à eutanásia quanto à distanásia, entendendo a morte não como uma doença a curar, mas sim algo que faz parte da vida. É nesta visão que se apóia o cuidado paliativo” (FORTE, 2011, p. 07). Menciona também que:

[...] apesar de muitas vezes conseguir adiar a morte, nem sempre a medicina consegue oferecer dignidade ou qualidade de vida a seus pacientes que enfrentam a fase final da vida. Mais ainda, o processo de morrer, que no passado poderia ser doloroso devido à própria doença, atualmente pode ser doloroso também devido ao tratamento. E enquanto a medicina, cada vez mais científica, entrou na nossa vida nos séculos XVIII, XIX e XX, ela caminhou cada vez mais para abandonar o cuidado e a atenção aos aspectos complexos do ser humano que enfrenta a própria morte. (p.03)

Sendo assim, os cuidados paliativos visam à preservação da qualidade de vida e da dignidade de pacientes e familiares que enfrentam o processo de morrer. Tais cuidados devem estar presentes durante todo o percurso de tratamento da doença, ou seja, eles devem ser aplicados em paralelo aos cuidados curativos. Pois:

[...] entendemos que decisões sobre fim de vida são mais do que simples escolhas técnicas, e envolvem uma complexa relação entre os médicos, responsáveis por escolher os tratamentos adequados, e os pacientes e suas famílias, com as suas biografias, identidades, desejos e preferências únicas. Este encontro singular torna o cuidado ao fim de vida dramaticamente variável, consequência das inúmeras diferenças e peculiaridades de cada situação, inerentes à valiosa diversidade humana. (p. 87)

De acordo com Forte (2011) médicos, diante de tomadas de decisões e variabilidade de condutas no fim de vida, associam não somente as variáveis clínicas dos pacientes, mas também as referentes às suas próprias características. “E para estudá-las precisaremos de um modelo de cientificidade que incorpore esta complexidade, derivada das múltiplas interações entre as suas partes, a saber, médicos e pacientes”. (p.87)

O Código de Ética Médica de 1988, em seu artigo 57 colocava que é proibido ao médico “deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente”. Numa visão não paternalista da relação médico-paciente, melhor que o conhecimento técnico do médico, na relação de cuidado, eles compartilhem seus conhecimentos, biografias, preferências, valores e crenças.

OBJETIVO GERAL

- Descrever e conhecer o que existe de estruturante nesta relação entre humanos no encontro do médico com a morte do seu paciente;

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desvelar os sentimentos que emergem no profissional médico no processo de cuidado do paciente oncológico em fase avançada da doença;
- Conhecer como médicos lidam com os seus sentimentos no processo de perda por morte dos seus pacientes;
- Compreender o sentido, para o médico, do processo de morte do paciente oncológico em fase avançada da doença e;
- Apresentar uma forma de fazer pesquisa em psicologia utilizando o método fenomenológico.

MÉTODO

Meu método de visão era inteiramente imparcial: eu trabalhava diretamente com as evidências da visão, e sem permitir que as sugestões alheias à visão predeterminassem as minhas conclusões; eu estava inteiramente preparada para surpreender a mim mesma. Mesmo que as evidências viessem contrariar tudo o que já estava em mim assentado pelo meu tranquilíssimo delírio.
(Clarice Lispector)

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada no método fenomenológico, entendida como um convite para o exercício reflexivo visando à construção de novos paradigmas na produção de conhecimento (CASTRO, 2008); o autor de base é Maurice Merleau-Ponty, com a sua obra: “Fenomenologia da Percepção” (2006), que oferecerá fundamentos à abordagem metodológica escolhida. O autor define fenomenologia como sendo:

[...] o estudo das essências, e todos os problemas, segundo ela, resumem-se em definir as essências da percepção, as essências da consciência, por exemplo. Mas a fenomenologia é também uma filosofia que repõe as essências na existência, e não pensa que se possa compreender o homem e o mundo de outra maneira senão a partir de sua ‘facticidade’... (2006, p. 01)

Fenomenologia é a descrição direta da experiência, visando garantir o rigor e a fidedignidade da pesquisa a partir do quanto o pesquisador está apropriado do método por considerar a intersubjetividade do pesquisador, pois: “... é em nós mesmos que encontramos a unidade da fenomenologia e seu verdadeiro sentido...” (M.PONTY, 2006, p. 02)

A descrição fenomenológica possibilita a compreensão do fenômeno, pois ela é, fundamentalmente, uma metodologia da compreensão, no sentido de abranger, englobar e conter facetas diversas de um fenômeno. (RESCH, 2010)

A descrição não é um retorno ao imediato, e sim à sua compreensão. Tem-se como pressuposto uma disciplina no pensamento, que não visa à inclusão de elementos explicativos, ou dedução rápida, que liguem aspectos do fenômeno em termos causais. Neste sentido, o termo “descrição” é aqui utilizado com a conotação fenomenológica de desvelamento, no sentido de compreender as diversas facetas do fenômeno a partir das perspectivas que vão se apresentando. (CASTRO, 2008).

Na pesquisa fenomenológica, o pesquisador é ativo e está em foco também a sua subjetividade. A fenomenologia propõe a locomoção num solo histórico construído durante o tempo vivido como pessoa e como pesquisador. Neste solo, a interrogação floresce, instala-se como intencionalidade e se estabelece como interrogação geradora da investigação. (BICUDO, 2010)

Etimologicamente, a palavra fenomenologia significa ciência ou teoria dos fenômenos. Merleau-Ponty (2006) afirma que a fenomenologia não explica ou analisa, e sim descreve o que denomina de psicologia descritiva e que possibilita o retorno às coisas mesmas, por entender que toda compreensão parte da intencionalidade do sujeito que percebe, aquilo que é apresentado à consciência, assim ele aponta que:

Eu não sou o resultado ou o entrecruzamento de múltiplas causalidades que determinam meu corpo ou meu ‘psiquismo’, eu não posso pensar-me como uma parte do mundo, como o simples objeto da biologia, da psicologia e da sociologia, nem fechar sobre mim o universo da ciência. Tudo aquilo que sei do mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir de uma visão minha ou de uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada. (p. 03)

É um retorno à *coisa mesma* como um caminho que permite a compreensão da realidade em sua dinamicidade e existência de um ser humano que é atribuidor de significados. *Ir à coisa mesma* relaciona-se com a intencionalidade do sujeito que vivencia e é atribuidor de significados; e só o faz por vivenciar e ser capaz de atribuir significados a partir da sua

intencionalidade, entendida como sendo consciência de algo. Portanto, não existe uma consciência pura. *Ir à coisa mesma* só é possível a partir da perspectiva do sujeito que a vivencia.

De acordo com Merleau-Ponty (2006) é tarefa da intencionalidade:

[...] reconhecer a própria consciência como projeto do mundo, destinado a um mundo que ela não abarca nem possui, mas em direção ao qual ela não cessa de se dirigir – e o mundo como este indivíduo pré-objetivo cuja unidade imperiosa prescreve à consciência a sua meta. (p.16)

E a reflexão sobre os fenômenos da consciência, consciência entendida como “... núcleo de significação primário em torno do qual se organizam os atos de denominação e de expressão...” (M.PONTY, 2006, p. 12), é o ponto de partida para examinar os diferentes sentidos ou significados do ser e do existir à luz das funções da consciência.

Neste caso, é compreender os sentidos e significados para os médicos oncologistas clínicos acerca da morte dos seus pacientes e os sentimentos que emergem desta experiência, que pode ser vivenciada e entendida de diversas maneiras, principalmente porque vai ao encontro da experiência pessoal, profissional e individual de cada médico participante deste estudo, os quais poderão significar suas experiências de vida e morte.

Sendo assim, a tarefa da fenomenologia é estudar a significação das vivências da consciência. A fenomenologia é a ciência das ciências, porque parte da análise radical da intencionalidade, entendida como consciência de algo, ou seja, como se dá a relação do sujeito com o objeto, no qual o visado é sempre dentro de uma perspectiva ou perfis; é a razão do existir das coisas (disposição para doar sentidos) e também do sujeito nesta relação. (KLUTH, 2010).

E essa análise parte do *Lebenswelt* (mundo da vida) que, para Kluth (1998): “... na língua alemã a palavra mundo carrega consigo a idéia de tempo e de humanidade, enquanto a palavra vida aponta para a idéia de lugar e permanência...” (p. 110), entendido como mundo

cotidiano em que vive, age, são feitos projetos, no qual as experiências acontecem anteriormente a qualquer atividade científica permeadas pela intencionalidade do sujeito que vivencia estas experiências.

Bicudo (1996) salienta que a fenomenologia husserliana busca a descrição dos atos intencionais da consciência e dos objetos por ela visados; pelo fenômeno noético, que se caracteriza por: "... processos psíquicos múltiplos e separados entre si por uma individualização, cuja responsável é a temporalidade imanente, isto é, a das vivências..." (p. 83).

A fenomenologia descreve a essência do ser humano como sendo uma questão de sentido, como um ser presente, capaz de integrar ciência e filosofia no mundo concreto da vida, sem desconsiderar que a tomada de consciência crítica da realidade é pressuposto de sua transformação histórica, porque ela:

[...] recoloca o homem na sua condição existencial, aceitando seu modo constitutivo de ser no mundo. Busca compreendê-lo na cotidianidade, considerando sua vivência no fluxo espaço-temporal, incorporando sua historicidade e denunciando seus entrelaçamentos existenciais. (DAWIDOWICZ, 2004, p. 14).

O método fenomenológico proposto por Husserl propõe um retorno à *coisa mesma*, como um caminho que permite a compreensão da realidade em sua dinamicidade. E neste referencial teórico adotado, a trama existencial deve ser estudada e compreendida na situação vivida sem buscar relacionar fatos em termos causais, e sim desvelá-los a partir da compreensão do vivido.

Podemos entender como retorno às *coisas mesmas*, aquilo que é dado pela intuição do sujeito que percebe. Não se trata de uma construção prévia ou plano simbólico, é ir às significações, ao mundo e identificar as raízes e origem dos acontecimentos. É o encontro com o que está em questão naquela relação, contato, encontro, ao que estamos olhando e que está em nós mesmos. É sair do simbolismo impróprio e ir para o simbolismo próprio

através da sua própria identificação com o objeto visado. (KLUTH, 2010). Pois: “... o retorno aos objetos não é assim senão o retorno aos atos através dos quais se tem um conhecimento dos objetos”. (MOURA, 1989, p. 22)

Sabe-se que ir às *coisas mesmas* é ir ao percebido do mundo vida – origem de todas as vivências do sujeito para aprender o sentido, porque o interesse não é pelo objeto e sim pelos atos que nos levam a conhecer este objeto.

Na pesquisa fenomenológica, o pesquisador está voltado para o fenômeno a ser investigado, de forma a não considerar os pressupostos prévios sobre o tema num primeiro momento para posteriormente dialogar com eles. Por meio dos relatos de médicos, será possível que cada participante deste estudo expresse os significados do que é por ele vivido, em especial, sobre suas vivências de perdas de pacientes ao longo do tratamento. Esta expressão consiste em relatar, de forma natural e espontânea a situação experienciada por eles. (MARTINS & BICUDO, 1994).

Os médicos, ao trazerem seus relatos, expressam o que é por eles vivido em seu exercício profissional junto aos pacientes oncológicos. E a fenomenologia propõe como tarefa analisar as vivências intencionais da consciência, para aí apreender o sentido delas e chegar à estrutura do fenômeno. Como etapa desta tarefa, a redução fenomenológica propõe colocar a realidade entre parênteses no sentido de como ela se concebe e é conduzida pela intencionalidade, que possibilita o mundo aparecer como fenômeno.

Redução entendida, de acordo com M.Ponty (2006), como:

[...] resolução de fazer o mundo aparecer tal como ele é antes de qualquer retorno sobre nós mesmos, é a ambição de igualar a reflexão à vida irrefletida da consciência. Eu visio e percebo um mundo. Se eu dissesse, como o sensualismo, que ali só existem “estados de consciência”, e se eu procurasse, através de “critérios”, distinguir minhas percepções de meus sonhos, eu deixaria escapar o fenômeno do mundo. (p. 13)

Sabe-se que a vivência da consciência é única e irreduzível; portanto, vivida pelo sujeito ao qual se referem os objetos do mundo real ou ideal e a partir dos quais se constroem significações. Para alcançar as essências é preciso purificar o fenômeno de tudo que não é essencial, ação denominada como redução eidética.

Redução que, de acordo com Moura (1989), abre o caminho

[...] para uma ciência completamente diferente, para a ciência da subjetividade pura, na qual se fala tematicamente apenas de vividos e de modos de consciência e daquilo que é visado, mas apenas enquanto visado. (p.191)

Como já mencionado, o método fenomenológico é um convite ao exercício reflexivo que permite abarcar novos saberes produzidos a partir da experiência, que pode participar na construção de novos paradigmas e na produção do conhecimento. A fenomenologia parte do questionamento de qualquer objetividade dada e a reduz a uma vivência para torná-la objeto de análise, mesmo porque trabalha com a significação da constituição da coisa por si mesma.

Para a utilização do referido método, proponho o diálogo com as idéias de Bicudo, Castro, Josgrilberg, Moura, M. Ponty, Kluth, dentre outros autores que tratam da fenomenologia em seus estudos acadêmicos. Entende-se que:

A fenomenologia é a filosofia do nosso tempo. Ela corresponde, efetivamente, àquela necessidade, tão percebida pelos nossos contemporâneos, de ir às coisas mesmas, de ver com os próprios olhos, e, depois, descrever com exatidão e fidelidade, a realidade, assim como ela se manifesta, sem ídolos, preconceitos ou pressupostos ideológicos.
(EDITH STEIN)

Apresento a seguir o procedimento metodológico que norteou esta pesquisa.

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

O presente estudo tem como objetivo geral descrever e conhecer o que existe de estruturante nesta relação entre humanos no encontro do médico com a morte do seu paciente a partir da pergunta norteadora: *“O que significa para você cuidar do paciente oncológico, sem possibilidade de cura, que vivencia o seu processo de morrer e posteriormente perdê-lo?”*.

Foram entrevistados quatro médicos oncologistas clínicos a partir da pergunta norteadora. Estes profissionais foram contatados previamente por telefone sendo agendado horário para a realização das entrevistas individualmente em dias e horários diferentes em seus consultórios do ambulatório de oncologia de um hospital particular da grande São Paulo onde trabalham.

Os médicos oncologistas clínicos entrevistados se disponibilizaram espontaneamente a participarem deste estudo no período de fevereiro de 2011 a Abril de 2011. No método fenomenológico, não é a quantidade de sujeitos entrevistados que garantirá o rigor, a veracidade e credibilidade da pesquisa, e sim, a preocupação e o aprofundamento na reflexão das experiências destes sujeitos.

As entrevistas, neste estudo, são entendidas como um modo de entrar em contato com a vivência do sujeito que o permite relatar e desvelar a partir da pergunta norteadora a sua experiência com o tema proposto – morte.

Após a realização das entrevistas, elas foram submetidas às seguintes etapas analíticas:

1. **Relatos Ingênuos:** trata-se da fala apresentada no modo como ela foi expressa pelo entrevistado, sem nenhuma lapidação ou reflexão sobre o dito;
2. **Relatos Literalizados:** processo pelo qual se elimina os vícios de linguagem;

3. **Unidades de Análise:** refere-se ao levantamento de fragmentos mais significativos das falas dos entrevistados de acordo com a pergunta norteadora;
4. **Análise Ideográfica:** levantamento dos aspectos psicológicos individuais do entrevistado e inteligibilidade que articula nos discursos de cada sujeito;
5. **Categorias Analíticas:** possibilidade de diálogo objetivo com os pressupostos teóricos sobre o tema em pauta e com os estudos já realizados na área em questão;
6. **Estrutura do Fenômeno – Síntese de um Pensar – Considerações Finais:** refere-se à apresentação da estrutura geral e essencial do fenômeno pesquisado como resultante das convergências e divergências demonstradas nos discursos individuais. Trata-se de algo estruturante da condição humana, algo que diz de todos os humanos e não somente de um sujeito como ser único, o que possibilita a abertura de novas compreensões acerca do fenômeno que é perspectival.

PARTICIPANTES

Foram entrevistados quatro médicos oncologistas clínicos com idades entre 30 e 65 anos que se disponibilizaram espontaneamente a participarem deste estudo no período de fevereiro de 2011 a Abril de 2011. Este estudo buscou conhecer o que existe de estruturante nesta relação entre humanos no encontro do médico com a morte do seu paciente e desvelar os sentimentos que emergem nos médicos oncologistas clínicos que trabalham com pacientes oncológicos que vivenciam os seus processos de morte, muitos deles gravemente enfermos e/ou em cuidados paliativos.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Participaram deste estudo médicos oncologistas clínicos que apresentam atuação constante com pacientes oncológicos em fase avançada da doença e que tenham vivenciado perdas por mortes dos seus pacientes no seu cotidiano de trabalho no último ano (Critério de Inclusão).

Não foram incluídos neste estudo profissionais que não vivenciam, no seu cotidiano de trabalho, perdas por morte dos seus pacientes porque não atendem aos objetivos deste estudo (Critério de Exclusão).

LOCAL

As entrevistas dos quatro médicos oncologistas clínicos foram realizadas nos consultórios do ambulatório de oncologia de um hospital particular da grande São Paulo onde atuam. Foi mantido o sigilo e a privacidade do local (sala de atendimentos com portas e janelas fechadas).

É importante salientar que o contato não foi feito com a instituição hospitalar e sim diretamente, em particular e individualmente com cada médico participante deste estudo, justificando o anonimato da instituição. O fato dos quatro médicos serem da mesma instituição foi coincidência e não condição do estudo.

DA COLETA DOS DADOS

Foram coletados os relatos dos participantes a partir da pergunta norteadora. Assim, os participantes tiveram a oportunidade de discorrerem livremente sobre suas vivências e experiências. Os médicos que aceitaram participar deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre-Esclarecido (TCLE) – Anexo I.

Foi utilizado um gravador (aparelho de celular) da marca LG – modelo KP570q para o registro do relato ingênuo. É importante salientar também que, por questões éticas, o anonimato foi mantido e a identidade dos participantes preservada.

De acordo com BOGDAN, citado por TRIVIÑOS (1987), nas pesquisas qualitativas, a realidade a ser pesquisada é tida como fonte direta dos dados; e o pesquisador é considerado instrumento-chave. Assim, a maior preocupação é com o processo e não

apenas com os resultados. Nesse caso, os dados são analisados por indução, buscando-se essencialmente o seu significado.

EXPLICITAÇÃO DA PERGUNTA NORTEADORA

Foram realizadas entrevistas abertas para a coleta de dados iniciadas com a pergunta norteadora que possibilitou o desvelar do fenômeno deste estudo. Pois se busca: “procurar cientificamente o ente naquilo que ele é” (HEIDEGGER, 1984). Nesta perspectiva, a interrogação aqui proposta buscou apreender o fenômeno a partir do que foi e se configurou como uma interrogação contida nos objetivos propostos.

Para se chegar à compreensão do fenômeno, retornou-se à intencionalidade do pesquisador caracterizada pela inquietação presente no contato com o cotidiano do hospital, pacientes, doenças, profissionais..., contextos estes, nos quais se pode observar a dificuldade do médico na abordagem da morte de seus pacientes, o que acaba gerando angústia. O enfrentamento do ser profissional do cuidado exige uma presença autêntica deste nesse processo, no sentido de legitimar, de estar de fato com o outro na sua condição de ser humano e de ser finito também.

Sem encontrar respostas prontas à interrogação de como médicos enfrentam a morte de seus pacientes, buscou-se um caminho que permitiu ouvir quem realmente vivencia essa situação em seu mundo-vida sem que se projetassem teorias explicativas. E a partir daí, propôs a pergunta norteadora: “*O que significa para você cuidar do paciente oncológico, sem possibilidade de cura, que vivencia o seu processo de morrer e posteriormente perdê-lo?*” A partir desta pergunta disparadora procedeu-se à escuta de médicos oncologistas clínicos que acompanharam seus pacientes em estágios avançados da doença para desvelar o que acontece no encontro destes médicos com a morte de seus pacientes.

KLUTH (2005) aponta que a estrutura da pergunta e da resposta possibilita o diálogo autêntico entre eles por não se ignorarem na conversação, possibilitando o diálogo autêntico. Eles revelam a estrutura da pergunta norteadora e da resposta como compreensão;

já que a maneira de interrogar, segundo FINI (1994), é uma forma de buscar conteúdos ou características gerais do fenômeno.

Iniciaram-se as entrevistas apresentando os objetivos deste estudo permitindo que os participantes falassem livremente após a apresentação oral da pergunta norteadora. Só haveria interrupção/intervenção por parte do pesquisador caso fosse necessário repetir a pergunta em questão proposta para a entrevista.

Nenhuma questão adicional foi feita afim de esclarecer ou aprofundar qualquer ponto apresentado pelo entrevistado em sua fala, pois o método fenomenológico considera que uma pergunta norteadora que abrangeu na sua complexidade a intencionalidade do pesquisador, permitirá que o entrevistado relate o que é mais significativo, desconsiderando a necessidade de questões extras. Cabe salientar que as entrevistas foram gravadas e transcritas na sua íntegra.

ANÁLISE COMPREENSIVA DOS DADOS

“... perder-se também é caminho”

(Clarice Lispector)

Os relatos foram analisados conforme o método mencionado que possibilitou a obtenção dos relatos ingênuos, depois literalizados, a partir dos quais foram levantadas as unidades de análise e posteriormente a criação das categorias analíticas a partir da leitura atenta dos relatos visando atender os objetivos deste estudo.

A pergunta norteadora permitiu desvelar a essência e a estrutura do fenômeno: *“o que acontece no encontro do médico com a morte do seu paciente”*. As categorias analíticas foram analisadas posteriormente uma a uma a partir de um diálogo objetivo estabelecido entre as unidades de análise e a teoria de M.Ponty (2006).

Para alcançar a essência foi preciso purificar o fenômeno eliminando o que não era essencial, portanto, foi preciso realizar a redução fenomenológica. De acordo com M.Ponty

(2006) denomina-se como essência as relações vivas da experiência que são as vivências do sujeito antes de qualquer tematização; é fugir da existência do universo das coisas ditas para visualizar a presença efetiva da relação: eu – eu.

Em suas falas, os médicos relataram suas vivências, experiências, sentimentos e emoções, nos permitindo a elaboração de um saber que parte da concretude de suas vidas. Livre da necessidade de generalizações, a história oral se mostra essencial para compor aspectos do processo de morrer para médicos oncologistas que, ao se materializar em documentos escritos, ganham objetividade.

Os sentidos e significados da existência do ser estão no discurso. Exteriorizar o que sente é uma forma de expor o que diversas vezes não é visível. Após atenta leitura dos relatos repletos de sentidos e significados, eles foram literalizados, selecionadas as unidades de análise e submetidos à análise ideográfica.

Posteriormente foram levantadas as categorias que emergiram destas análises, que, por sua vez, foram agrupadas a partir das convergências e divergências encontradas, chegando à estrutura geral do fenômeno estudado. Cabe salientar o que propõe M.Ponty (2006):

[...] Tudo aquilo que sei do mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir de uma visão minha ou de uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada. Todo o universo da ciência é construído sobre o mundo vivido [...] (p. 03)

Sendo assim, os dados foram analisados por convergências (o que foi comum nos diversos relatos); por divergências (aquilo que diferiu nos discursos); e idiossincrasia (aquilo que é específico e único de cada discurso).

IMPLICAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi desenvolvido considerando os princípios da bioética propostos pela resolução CNS96/1996: autonomia, beneficência e não maleficência. A participação dos médicos foi voluntária e as entrevistas foram iniciadas após a leitura prévia e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que salientou a possibilidade de desistência de participação efetiva a qualquer momento e garantiu o sigilo de identidade, confidencialidade e cuidados para o sofrimento mínimo.

Considerando que nenhuma pesquisa é neutra e pela natureza deste estudo, pode-se afirmar que os participantes não sofreram dano físico e psíquico, já que este estudo não apresentou riscos previsíveis ou desconfortos para os participantes convidados. Entretanto, se houve desconforto ou danos psíquicos, o pesquisador se responsabiliza pela situação oferecendo possíveis encaminhamentos para cuidados psicológicos.

Este estudo pode trazer benefícios aos seus participantes oportunizando reflexão sobre suas práticas cotidianas com pacientes oncológicos em fase avançada da doença e implicações no que diz respeito à perda por morte dos seus pacientes. Reflexão que possibilita pensar no auto cuidado do profissional médico, o que, muitas vezes, é esquecido pelos profissionais desta área.

Salientamos também que as entrevistas foram utilizadas na sua íntegra neste estudo e ficarão disponíveis ao público para ensino e publicações em periódicos, livros e/ou apresentações em encontros acadêmicos e científicos. O participante terá a garantia de sigilo de identidade em toda e qualquer participação nos modos de exposição acima mencionados.

O CAMINHO AOS PARTICIPANTES

RELATO INGÊNUO (28/02/11 às 11h.)

R1 – N. D. B.

Sexo: Feminino

Formação: Médica – Especialista em Oncologia Clínica e Oncohematologia

“O que significa para você cuidar do paciente oncológico, sem possibilidade de cura, que vivencia o seu processo de morrer e posteriormente perdê-lo?”

Em princípio, em princípio é o seguinte, no que eu faço, é... nem sempre isso acontece, daí não é uma coisa comum, eu ter um paciente oncológico e... e saber que ele vai morrer, entendeu? A maioria dos que eu tenho, eles têm possibilidades de cura; então em princípio é isso! Então, sempre que eu recebo um doente oncológico, um doente com um linfoma, com uma leucemia, com um mieloma... Existe sempre a possibilidade do paciente ser tratado e, eventualmente ele vir a morrer de outra coisa, às vezes até, né? Então, por exemplo, as leucemias agudas, a maioria, a gente tem conseguido até curar, entendeu? Mas é lógico, existem pacientes que escapam, que são pacientes de mal prognóstico e que eventualmente a gente chega a um ponto em que eles não têm mais possibilidades de tratamento, isso acontece! Mas não é uma coisa comum, é mais uma eventualidade. Agora o que acontece quando, quando eu tenho um paciente nessa, nessa situação, é que, em geral a gente já manteve uma relação de algum tempo, né? É muito difícil eu ter um paciente e, e de repente; às vezes pode acontecer, por exemplo, de chegar uma leucemia aí no hospital, né? E já ser um paciente que já está numa situação grave, né? Então, tem algumas leucemias que são, né? Passíveis de que você consegue tratar, mas que eles já vêm numa situação grave. Então, às vezes, eles já vêm com uma hemorragia séria, né? Por exemplo, com uma leucemia mielóide aguda M3, que é uma leucemia que existe possibilidade de cura, mas que o tratamento inicial, dependendo da situação clínica do paciente, pode levá-lo à morte, né? Então, esses pacientes, às vezes, eles têm uma morte rápida, às vezes, acontece de você chegar na UTI e o paciente já está em morte cerebral. Então, esses pacientes a

gente já sabe, que, de antemão, a gente já sabe que é um caso grave e que vai morrer. Agora te dizer; é, normalmente quando é um paciente que chega e que, e que já está mal na UTI, a gente, na realidade, nem cria um vínculo com este paciente, quer dizer, a gente já sabe que é; eu já estou, eu faço hemato há mais de trinta anos, né? Então, é um paciente que a gente já sabe a gravidade. Então, eu acho que a gente já está preparada para que aquilo vá ocorrer, entendeu? Quer dizer, não existe, assim, então, um envolvimento! A gente se envolve com o paciente, não tem mais como ser como antigamente, que o paciente não podia ter contato com o profissional. Hoje a gente fala com eles, fica próxima deles, fala para o paciente sobre o que está acontecendo com ele; ele sabe do quadro clínico e da situação dele, mesmo porque hoje nós temos a internet e outros meios de comunicação. Mas quando eu sei que ele vai morrer, que não tem mais jeito; por exemplo, eu tive uma paciente com uma leucemia aguda grave, que eu sabia que não teria mais jeito, eu até encaminhei ela para o transplante, mas chegou lá não tinha mais como fazê-lo. Então, eu falei para o marido e para a filha dela que eu faria o que fosse possível, mas que não teria mais jeito; eu não falei para a paciente, eu não costumo fazer isso, porque acho muito difícil dizer para alguém que ela vai morrer, por mais que eu saiba que não tem mais o que possa ser feito. E é difícil, porque é uma perda, a gente sofre, até chora, às vezes; mas encaro como uma perda, uma perda dela, da vida dela, e não minha! É diferente de você perder um filho, uma filha, um familiar, mas é uma perda! A gente sente, sofre, porque somos também um ser humano e é alguém que se foi.. Acho que é isso!

Ok! Obrigado!

RELATO LITERALIZADO

Em princípio, é o seguinte: no que eu faço, nem sempre isso acontece, não é uma coisa comum eu ter um paciente oncológico e saber que ele vai morrer, (3) entendeu? A maioria dos que eu tenho, eles têm possibilidades de cura. Sempre que eu recebo um doente oncológico, com um linfoma, com uma leucemia, com um mieloma... Existe sempre a possibilidade do paciente ser tratado e, eventualmente, ele vir a morrer de outra coisa. (3) Por exemplo, as leucemias agudas, na maioria dos casos, temos conseguido curá-las; mas é lógico, existem pacientes que escapam, que são os de mal prognóstico e que, eventualmente, chega-se a um ponto em que eles não têm mais possibilidades de tratamento, isso acontece!(3) Mas não é uma coisa comum, é mais uma eventualidade. (3)

Agora o que acontece quando eu tenho um paciente nessa situação, é que, em geral, nós já mantivemos uma relação de algum tempo. É muito difícil eu ter um paciente e, de repente... (1) Às vezes, pode acontecer, (3) por exemplo, de chegar uma leucemia no hospital e já ser um paciente que já está numa situação grave. (3) Então, tem algumas leucemias que são passíveis de serem tratadas e outras que já estão numa situação grave. Às vezes, eles já vêm com uma hemorragia séria, (3) por exemplo, com uma leucemia mielóide aguda M3, (3) que é uma leucemia que existe possibilidade de cura, mas que o tratamento inicial, dependendo da situação clínica do paciente, pode levá-lo à morte; (3) então, esses pacientes, às vezes, têm uma morte rápida (3), acontece de você chegar na UTI e o paciente já está em morte cerebral. (3)

Esses pacientes nós já sabemos, de antemão, que são casos graves e que vão morrer! (2) Agora, normalmente quando é um paciente que chega e já está mal na UTI, nós, na realidade, nem criamos um vínculo com este paciente, quer dizer, nós já sabemos o que é! (2) Eu já estou, eu faço hemato há mais de trinta anos. (4) Então, é um paciente que nós já sabemos a gravidade. Eu acho que nós já estamos preparadas para o que irá ocorrer, entendeu? Quer dizer, não existe, assim, então, um envolvimento! (2) Nós nos envolvemos com o paciente, não tem mais como ser como antigamente, que o paciente não podia ter contato com o profissional. (4)

Hoje nós falamos com eles, ficamos próximos deles, falamos para ele sobre o que está acontecendo com ele; ele sabe do quadro clínico e da sua situação, mesmo porque hoje nós temos a internet e outros meios de comunicação. (4) Mas quando eu sei que ele irá morrer, que não tem mais jeito; (3) por exemplo, eu tive uma paciente com uma leucemia aguda grave, que eu sabia que não teria mais jeito, eu até a encaminhei para o transplante, mas chegou lá não tinha mais como fazê-lo.

Eu falei para o marido e para a filha dela que eu faria o que fosse possível, mas que não teria mais jeito; (4) eu não falei para a paciente porque eu não costumo fazer isso, eu acho muito difícil dizer para alguém que ela vai morrer, por mais que eu saiba que não tem mais o que possa ser feito. (3) E é difícil, porque é uma perda, nós sofremos, às vezes, até choramos, mas eu encaro como uma perda, uma perda dela, da vida dela, e não minha! (2) É diferente de você perder um filho, uma filha, um familiar, mas é uma perda! Nós sentimos e sofremos porque somos também seres humanos e é alguém que se foi.. (1)

Acho que é isso!

Ok! Obrigado!

TABELA DE CATEGORIAS E UNIDADES DE ANÁLISE

CATEGORIAS		UNIDADES DE ANÁLISE
1	Relação médico e paciente: o desvelar das emoções e sentimentos.	<i>É diferente de você perder um filho, uma filha, um familiar, mas é uma perda! Nós sentimos e sofremos porque somos também seres humanos e é alguém que se foi...</i>
		<i>...quando eu tenho um paciente nessa situação, é que, em geral, nós já mantivemos uma relação de algum tempo. É muito difícil eu ter um paciente e, de repente...</i>
2	Relação médico e paciente: um distanciamento da morte do paciente.	<i>E é difícil, porque é uma perda, nós sofremos, às vezes, até choramos, mas eu encaro como uma perda, uma perda dela, da vida dela, e não minha!</i>
		<i>...nós já sabemos, de antemão, que são casos graves e que vão morrer!</i>
		<i>Eu acho que nós já estamos preparadas para o que irá ocorrer, entendeu? Quer dizer, não existe, assim, então, um envolvimento!</i>
		<i>...normalmente quando é um paciente que chega e já está mal na UTI, nós, na realidade, nem criamos um vínculo com este paciente, quer dizer, nós já sabemos o que é!</i>
3	O encontro do médico com a morte: a morte imprevisível.	<i>Existe sempre a possibilidade do paciente ser tratado e, eventualmente, ele vir a morrer de outra coisa.</i>
		<i>...eu não falei para a paciente porque eu não costumo fazer isso, eu acho muito difícil dizer para alguém que ela vai morrer, por mais que eu saiba que não tem mais o que possa ser feito.</i>
		<i>...hemorragia séria... leucemia mielóide aguda M3... levá-lo à morte... morte rápida... morte cerebral. Irá morrer, que não tem mais jeito.</i>

		<p><i>...não é uma coisa comum eu ter um paciente oncológico e saber que ele vai morrer.</i></p>
		<p><i>...mas é lógico, existem pacientes que escapam, que são os de mal prognóstico e que, eventualmente, chega-se a um ponto em que eles não têm mais possibilidades de tratamento, isso acontece!</i></p>
		<p><i>Às vezes, pode acontecer... numa situação grave. ... não é uma coisa comum, é mais uma eventualidade.</i></p>
4	<p>Construção da identidade do sujeito: a dimensão ética do ser médico</p>	<p><i>Eu falei para o marido e para a filha dela que eu faria o que fosse possível, mas que não teria mais jeito.</i></p>
		<p><i>Nós nos envolvemos com o paciente, não tem mais como ser como antigamente, que o paciente não podia ter contato com o profissional.</i></p>
		<p><i>...eu faço hemato há mais de trinta anos.</i></p>
		<p><i>Hoje nós falamos com eles, ficamos próximos deles, falamos para ele sobre o que está acontecendo com ele; ele sabe do quadro clínico e da sua situação, mesmo porque hoje nós temos a internet e outros meios de comunicação.</i></p>

ANÁLISE IDEOGRÁFICA

R1 inicia seu relato expressando uma dificuldade “disfarçada” de lidar e aceitar a morte do seu paciente em função de doença oncológica e pela dificuldade de se enlutar pela perda deste. Vê a morte como se a perda fosse do outro, da sua vida, e não como sua, enquanto profissional e ser humano que perdeu seu paciente. É como se morrer fosse sinônimo de uma situação inevitável para o outro. Vê a morte como acaso, mencionando que passa para outro profissional pacientes que poderão vir a óbito, ou seja, um afastamento de sua morte.

Fala da relação que estabelece com o paciente como sendo fator facilitador no processo de cura, o que nem sempre é possível. Sua experiência na área médica também é um aspecto que facilita seu modo de lidar com a percepção e iminência de morte de seus pacientes; mas não deixa de mobilizá-la no sentido de se tratar de um fenômeno inerente à condição humana.

Menciona a questão da comunicação, que exige e possibilita, nos dias atuais, uma aproximação maior com o paciente, buscando-se uma melhor vinculação e cuidado. Não se envolve com pacientes, com os quais percebe a iminência da morte, como modo de prevenção da dor da perda futura deste vínculo.

Finaliza seu relato expondo seu modo de perceber e lidar com as diversas perdas no âmbito pessoal e profissional. A morte é vista como causalidade, consequência de um processo e não como condição inerente do ser humano. E não comenta sobre os cuidados paliativos, prática comum com pacientes em estágio avançado da doença.

RELATO INGÊNUO (03/03/11 às 15:30h.)

R2 – E. M.

Sexo: Feminino

Formação: Médica – Especialista em Oncologia Clínica e Oncohematologia

“O que significa para você cuidar do paciente oncológico, sem possibilidade de cura, que vivencia o seu processo de morrer e posteriormente perdê-lo?”

Bem, é, infelizmente né, a gente, a nossa especialidade vive com isso todos os dias. Ah! Eu acho que quando o paciente é idoso, a gente entende melhor isso, a gente aceita melhor, né? O paciente já está idoso, e uma hora ele tem que morrer! Então, você aceita como ser humano. Eu acho que quando é criança é muito pior, quando você vê uma criança sofrendo ou um paciente jovem, um adulto jovem sem possibilidade terapêutica, é muito ruim. A gente sofre junto com a família, é muito desgastante para o médico não ter mais o que fazer! Eu estou com um paciente de 32 anos em outro hospital com câncer de testículo que a gente vê junto, né, casos de onco também; já refratário, não tem mais o que fazer. O cara, você olha para ele, ele está normal, né, normal, forte e tal, só que você sabe que por dentro está uma desgraça, morrendo de dor, não tem mais o que fazer e você, isso angustia muito a gente. É muito difícil! É muito difícil para a gente lidar com isso! Mas eu acho que o tempo, né! A gente já está formada há bastante tempo faz com que você vá aceitando melhor isso, né! Eu não posso também chegar em casa chorando porque o paciente vai morrer, se eu fizer isso todos os dias, eu vou chorar todos os dias, né? Eu procuro separar, né, o que eu vivo durante o dia da minha vida pessoal, mas é claro que isso é muito triste para a gente. Triste, né! A gente fica: eu acho que não só eu; acho que todos os médicos sentem, né? A gente é ser humano! Às vezes, perder o paciente é um alívio, se a pessoa está sofrendo demais, às vezes é um alívio para a pessoa morrer! Aí você até pensa: “Poxa, o paciente parou de sofrer!”, Graças a Deus; Deus levou! Né! Então, você até se sente aliviado quando o paciente morre. Agora seu o paciente não está sofrendo, nem nada, e morre, igual criança, tudo, a gente fica triste, né! A gente fica triste! Mas, como eu te falei! Olha, no começo, logo que eu me formei, às vezes, eu chorava. Falava: “aí meu Deus, eu perdi o meu

paciente”! Não sei o que, coitadinho e tal. Às vezes eu ficava lembrando nisso uns dois ou três dias, assim, ficava, né! Não saia da minha cabeça. Agora eu aprendi a lidar melhor com isso, né! Eu não sou Deus! Então, eu tento esquecer. Eu tento esquecer! Eu tento esquecer! Eu tento fazer alguma coisa diferente, eu chego em casa, eu tenho os meus filhos, eu tenho outras coisas para fazer e tento separar, né?! Se não eu não vou viver, aí quem vai ficar doente sou eu! E a gente tem muitos pacientes, né?! Então, você não vai ver esse, mas vai ver outros! Então, isso para nós; acho que não muda muito, né! A gente sempre tem doentes em fase terminal. Quando é terminalzão mesmo, que já não tem mais o que fazer, a maioria é um alívio mesmo; a morte é um alívio! E viver o período que antecede a morte do paciente é complicado; é complicado pro paciente. Assim, é complicado você lidar com o paciente porque você não tem mais o que falar para o paciente, eu não tenho coragem de chegar pra ele e falar: “o senhor vai morrer!” Eu não consigo falar isso! Falo assim: “não, o senhor tá indo, vamos ver, vai evoluir, né! Vamos tentar outro remédio, nem que seja só morfina, entendeu?” Ah, vamos tirar a sua dor! O que dá mais trabalho, às vezes, é a família, né! A família não se conforma que o paciente vai morrer; então, você tem mais problema em conversar com a família do que em tratar do doente em si, às vezes, o doente já até quer morrer mesmo, né! Entendeu? Agora se ele está sofrendo demais, eu sedo, viu! Eu dou lá morfina tudo! Eu não deixo ele sofrer; dor comigo ele não vai sentir, tá! Ele vai dormir, assim, morrer, legal, legal! Eu não vou deixar ninguém, assim, ter dor e morrer gemendo. Isso não vai acontecer! Certo? Eu dou a morte que eu gostaria de ter pra mim, né! O próprio paciente, às vezes, pede pela sedação. Ele está sofrendo tanto, com tanta dor, que ele fala: “não; me dá aí morfina! Ah, pelo amor de Deus, me liga um soro, entendeu, aí eu dou!” Certo? Eu converso com a família, é claro, porque, às vezes, você começa a sedar e o paciente dorme muito, aí perde o contato, a família não consegue mais conversar com ele às vezes, né! Então, a gente deixa lá dormindo, a gente seda até um ponto em que ele ou pare de ter dor ou que ele dê uma dormidinha, entendeu? Às vezes, a gente pára um pouco para ele acordar, comer, né! Seda de novo, mas o próprio paciente acaba pedindo, né! A família fala: “eu não agüento mais ele sofrendo e gemendo a noite inteira”. Ver o paciente sofrendo é horrível, eu não agüento, é muito ruim! É pior do que saber que a doença não tem cura; é ver a pessoa com dor e gemendo! A dor a gente consegue controlar, né! Consegue dar um monte de remédio, hoje em dia tem analgésico de tudo quanto é jeito! É aquilo que eu te

falei: nós não somos Deus, se você opta for fazer hemato e onco, você tem que saber que chega uma hora que você tem que parar, né! Não tem mais o que fazer. Eu não me acho impotente, se você fez tudo que a medicina conhece até então; estiver com a consciência limpa que você tentou tudo. Eu não me acho assim impotente, eu fiz tudo! A medicina não conhece outra coisa melhor do que aquilo, chegou a hora dele naquele momento! Talvez daqui a dez anos tenha mais coisa a fazer, né?! Agora no momento, se eu fiz tudo, eu me sinto tranqüila assim nesse ponto, né! Eu acho ruim quando a gente não tem possibilidade de fazer tudo, se você está num hospital muito ruim, se o convênio é muito ruim, não autoriza fazer o tratamento e você sabe que pode dar certo, aí sim, eu fico brava até, né! Mas fora isso, se eu já fiz tudo quanto é coisa e não deu certo, aí eu tirei, a minha consciência vai ficar tranqüila, entendeu? Chegou a hora dele, né! E se o paciente está sofrendo muito e está sedado, a morte dele para mim é tranqüila, é um alívio, eu aceito bem sim. Eu não fico com paranóia em casa, entendeu? Isso eu não fico! Eu não me considero assim fria, de não sentir nada, né! Porque tem gente que parece que não sente nada! Eu não me sinto assim, mas também não fico assim em casa: putz, o paciente morreu, ele estava com um metastático para tudo quanto é lado, e morreu! Ele ia morrer, não ia? Né? Você aliviou o sofrimento; porque a medicina às vezes trata, às vezes cura, às vezes não cura, e, às vezes, alivia, pelo menos, o sofrimento, né! Quando você não consegue curar, você pode tirar a dor do paciente. Eu percebo que os recém-formados ficam muito mal quando os seus pacientes morrem, eu já passei por isso também, né! Você acaba aceitando melhor com o tempo. Claro que todos nós vamos morrer, você vai morrer, eu vou morrer, então, vai acontecer, entendeu?! Só isso? Entendi! Vocês querem saber como que nós, médicos, se sentimos? É, é isso aí, eu acho que a maioria sente a mesma coisa que eu, né? Eu acho que é muito pior assim, é ver alguém rígido ser atropelado na rua, né? Uma criança, que supostamente teria que viver mais tempo e idoso já é idoso e já viveu tudo o que ele tinha que viver, né? Você não pensa assim? É mais difícil você perder um filho do que perder uma avó, uma mãe! É a mesma coisa! Você sempre pensa que aquela criança teria, sei lá, mais cinquenta, sessenta anos pela frente. O idoso vai ter quanto tempo pela frente? Ia ter bem menos, né? Entendeu?

Obrigado!

RELATO LITERALIZADO

Infelizmente a nossa especialidade vive com isso todos os dias. (3) Eu acho que quando o paciente é idoso, nós entendemos e aceitamos melhor isso. O paciente já está idoso e uma hora ele tem que morrer! Então, você aceita como ser humano. Eu acho que quando é criança é muito pior, quando você vê uma criança sofrendo ou um paciente jovem ou um adulto jovem sem possibilidade terapêutica, é muito ruim! Nós sofremos com a família; é muito desgastante para o médico não ter mais o que fazer! (1)

Eu estou com um paciente de 32 anos em outro hospital com câncer de testículo, já refratário e que não tem mais o que fazer. (4) O cara, você olha para ele e ele está normal, forte e tal, só que você sabe que por dentro está uma desgraça, morrendo de dor e que não tem mais o que fazer; (4) isso nos angustia muito! É muito difícil para nós lidarmos com isso! Eu acho que com o tempo nós, que já estamos formados há bastante tempo, vamos aceitando melhor isso! (1) Eu não posso também chegar em casa chorando porque o paciente vai morrer, se eu fizer isso todos os dias, eu vou chorar todos os dias. (1)

Eu procuro separar o que eu vivo durante o dia da minha vida pessoal, mas é claro que isso nos é muito triste! (1) Nós, eu acho que não só eu, mas todos os médicos sentem, pois nós somos seres humanos! (1) Às vezes, perder o paciente é um alívio, se a pessoa está sofrendo demais, às vezes é um alívio para a pessoa morrer! Aí, você até pensa: “Poxa, o paciente parou de sofrer!”, Graças a Deus; Deus levou! Então, você até se sente aliviado quando o paciente morre. (2) Agora se o paciente não está sofrendo e morre, igual criança, nós ficamos triste! (1) Nós ficamos tristes, como eu te falei!

No começo, logo que eu me formei, às vezes, eu chorava. Falava: “aí meu Deus, eu perdi o meu paciente, coitadinho!” (3) Às vezes, eu ficava lembrando disso por uns dois ou três dias. Isso não saía da minha cabeça! Agora eu aprendi a lidar melhor com isso, eu não sou Deus! Então, eu tento esquecer! Eu tento esquecer! Eu tento esquecer! Eu tento fazer alguma coisa diferente; (2) eu chego em casa, eu tenho os meus filhos e outras coisas para eu fazer, então eu tento separar, senão eu não vou viver e aí quem vai ficar doente sou eu! (4)

E nós temos muitos pacientes! Você não vai ver esse, mas virá outros! Então, isso para nós eu acho que não muda muito! Nós sempre temos doentes em fase terminal. Quando é “terminalzão” mesmo, que já não tem mais o que fazer, a morte é mesmo um alívio! E viver o período que antecede a morte do paciente é complicado! (1) É complicado para o paciente! Assim, é complicado você lidar com o paciente porque você não tem mais o que falar para ele, porque eu não tenho coragem de chegar para ele e falar: “o senhor vai morrer!” Eu não consigo falar isso! (4)

Falo assim: “não, o senhor está indo, vamos ver, vai evoluir! Vamos tentar outro remédio, nem que seja só morfina, entendeu?” (2) Ah, vamos tirar a sua dor! O que mais dá trabalho, às vezes, é a família! Ela não se conforma que o paciente vai morrer; então, você tem mais problema em conversar com a família do que em tratar do doente em si, às vezes, o doente já até quer morrer mesmo, entendeu? (4) Agora se ele está sofrendo demais, eu sedo com morfina. Eu não o deixo sofrer! (2)

Dor comigo ele não sentiria! Ele vai dormir e, assim, morrer bem! Eu não vou deixar ninguém ter dor e morrer gemendo. (2) Isso não vai acontecer! Eu dou a morte que eu gostaria de ter para mim! (1) O próprio paciente, às vezes, pede pela sedação. Ele está sofrendo tanto, com tanta dor, que ele fala: “me dê morfina! Ah, pelo amor de Deus, me liga um soro, entendeu, e aí eu dou!” Certo?

Eu converso com a família, é claro, porque, às vezes, você inicia a sedação e o paciente dorme muito, aí perde o contato e a família não consegue mais conversar com ele. (4) Então, nós o deixamos dormindo, sedamos até um ponto em que ele pare de ter dor ou que ele dê uma “dormidinha”, entendeu? Às vezes, nós suspendemos a sedação e paramos eventualmente para ele acordar, comer... E depois sedamos novamente, mas o próprio paciente acaba pedindo! A família fala: “eu não aguento mais ele sofrendo e gemendo a noite inteira”.

Ver o paciente sofrendo é horrível, eu não aguento, é muito ruim! Pior do que saber que a doença não tem cura é vê-lo gemendo por dor! (1) A dor nós conseguimos controlar! Conseguimos dar um monte de remédio; hoje em dia tem analgésico de tudo quanto é jeito! É aquilo que eu falei: “nós não somos Deuses! Se você opta for fazer hemato e onco, você tem que saber que chega uma hora que você tem que parar! Não tem mais o que fazer!” (4)

Eu não me acho impotente, se você fez tudo o que a medicina conhece até então; estiver com a consciência limpa que você tentou tudo. (4) Eu não me acho, assim, impotente, se eu fiz tudo! A medicina não conhece outra coisa melhor do que aquilo e chegou à hora dele naquele momento! (3) Talvez daqui a dez anos tenha mais coisas a se fazer! Agora, no momento, se eu fiz tudo, eu me sinto tranquila nesse ponto! (1) Eu acho ruim quando nós não temos a possibilidade de fazer tudo, por exemplo, se você está num hospital muito ruim, se o convênio é muito ruim, não autoriza fazer o tratamento e você sabe que pode dar certo, aí sim, eu fico brava! Mas fora isso, se eu já fiz tudo e não deu certo, a minha consciência vai ficar tranquila, entendeu? Chegou a hora dele! (4)

E se o paciente está sofrendo muito e está sedado, a morte dele para mim é tranquila, é um alívio, eu a aceito bem! (2) Eu não fico com paranóia em casa, entendeu? Isso eu não fico! Eu não me considero, assim, fria, de não sentir nada! Porque tem gente que parece não sentir nada! (1) Eu não me sinto assim, mas também não fico em casa pensando: “putz, o paciente morreu, ele estava com um metastático para tudo quanto é lado, e morreu!” Ele ia morrer, não ia? Você aliviou o sofrimento; porque a medicina às vezes trata, às vezes cura, às vezes não cura, e, às vezes alivia, pelo menos, o sofrimento. (4)

E quando você não consegue curar, você pode tirar a dor do paciente. Eu percebo que os recém-formados ficam muito mal quando os seus pacientes morrem, eu também já passei por isso! Você acaba aceitando melhor com o tempo. (3) Claro que todos nós vamos morrer: você vai morrer, eu vou morrer, entendeu?! Vocês querem saber como que nós, médicos, nos sentimos? Eu acho que a maioria sente a mesma coisa que eu!

Eu acho que é muito pior ver alguém rígido ser atropelado na rua ou uma criança que supostamente teria que viver mais tempo. (3) Agora o idoso já é idoso e já viveu tudo o que ele tinha que viver. Você não pensa assim? É mais difícil você perder um filho do que perder uma avó ou uma mãe! (1) É a mesma coisa! Você sempre pensa que aquela criança teria, sei lá, mais cinquenta, sessenta anos pela frente. O idoso vai ter quanto tempo pela frente? Ia ter bem menos, entendeu?

Obrigado!

TABELA DE CATEGORIAS E UNIDADES DE ANÁLISE

CATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
<p>1</p> <p>Relação médico e paciente: o desvelar das emoções e sentimentos.</p>	<p><i>Nós sofremos com a família; é muito desgastante para o médico não ter mais o que fazer!</i></p>
	<p><i>Eu dou a morte que eu gostaria de ter para mim!</i></p>
	<p><i>É mais difícil você perder um filho do que perder uma avó ou uma mãe!</i></p>
	<p><i>Eu não me considero, assim, fria, de não sentir nada! Porque tem gente que parece não sentir nada!</i></p>
	<p><i>Eu procuro separar o que eu vivo durante o dia da minha vida pessoal, mas é claro que isso nos é muito triste!</i></p>
	<p><i>Agora se o paciente não está sofrendo e morre, igual criança, nós ficamos triste!</i></p>
	<p><i>Ver o paciente sofrendo é horrível, eu não aguento, é muito ruim! Pior do que saber que a doença não tem cura é vê-lo gemendo por dor!</i></p>
	<p><i>Talvez daqui a dez anos tenha mais coisas a se fazer! Agora, no momento, se eu fiz tudo, eu me sinto tranquila nesse ponto!</i></p>
	<p><i>E viver o período que antecede a morte do paciente é complicado!</i></p>
	<p><i>Nós, eu acho que não só eu, mas todos os médicos sentem, pois nós somos seres humanos!</i></p>
	<p><i>Eu não posso também chegar em casa chorando porque o paciente vai morrer, se eu fizer isso todos os dias, eu vou chorar todos os dias.</i></p>
	<p><i>É muito difícil para nós lidarmos com isso! Eu acho que com o tempo nós, que já estamos formados há bastante tempo, vamos aceitando melhor isso!</i></p>

2	Relação médico e paciente: um distanciamento da morte do paciente.	<i>Às vezes, perder o paciente é um alívio, se a pessoa está sofrendo demais, às vezes é um alívio para a pessoa morrer! Aí, você até pensa: “Poxa, o paciente parou de sofrer!”, Graças a Deus; Deus levou! Então, você até se sente aliviado quando o paciente morre.</i>
		<i>Agora eu aprendi a lidar melhor com isso, eu não sou Deus! Então, eu tento esquecer! Eu tento esquecer! Eu tento esquecer! Eu tento fazer alguma coisa diferente;</i>
		<i>Dor comigo ele não sentiria! Ele vai dormir e, assim, morrer bem! Eu não vou deixar ninguém ter dor e morrer gemendo.</i>
		<i>E se o paciente está sofrendo muito e está sedado, a morte dele para mim é tranquila, é um alívio, eu a aceito bem!</i>
		<i>...vamos tentar outro remédio, nem que seja só morfina, entendeu!</i>
		<i>Agora se ele está sofrendo demais, eu sedo com morfina. Eu não o deixo sofrer!</i>
3	O encontro do médico com a morte: a morte imprevisível.	<i>Infelizmente a nossa especialidade vive com isso todos os dias.</i>
		<i>...aí meu Deus, eu perdi o meu paciente, coitadinho!</i>
		<i>A medicina não conhece outra coisa melhor do que aquilo e chegou à hora dele naquele momento!</i>
		<i>Eu percebo que os recém-formados ficam muito mal quando os seus pacientes morrem, eu também já passei por isso! Você acaba aceitando melhor com o tempo.</i>
		<i>Eu acho que é muito pior ver alguém rígido ser atropelado na rua ou uma criança que supostamente teria que viver mais tempo.</i>
		<i>...não tem mais o que fazer; ...não tem mais o que fazer;</i>

4	Construção da identidade do sujeito: a dimensão ética do ser médico	<i>Eu não me acho impotente, se você fez tudo o que a medicina conhece até então; estiver com a consciência limpa que você tentou tudo.</i>
	<i>Eu converso com a família, é claro, porque, às vezes, você inicia a sedação e o paciente dorme muito, aí perde o contato e a família não consegue mais conversar com ele.</i>	
	<i>...porque a medicina às vezes trata, às vezes cura, às vezes não cura, e, às vezes alivia, pelo menos, o sofrimento.</i>	
	<i>...senão eu não vou viver e aí quem vai ficar doente sou eu!</i>	
	<i>Assim, é complicado você lidar com o paciente porque você não tem mais o que falar para ele, porque eu não tenho coragem de chegar para ele e falar: “o senhor vai morrer!” Eu não consigo falar isso!</i>	
	<i>Mas fora isso, se eu já fiz tudo e não deu certo, a minha consciência vai ficar tranquila, entendeu? Chegou a hora dele!</i>	
	<i>É aquilo que eu falei: “nós não somos Deuses! Se você optar por fazer hemato e onco, você tem que saber que chega uma hora que você tem que parar! Não tem mais o que fazer!”</i>	
	<i>O que mais dá trabalho, às vezes, é a família! Ela não se conforma que o paciente vai morrer; então, você tem mais problema em conversar com a família do que em tratar do doente em si, às vezes, o doente já até quer morrer mesmo, entendeu?</i>	

ANÁLISE IDEOGRÁFICA

R2 inicia seu relato expressando dificuldades em lidar com a morte de seus pacientes, mesmo sendo fato inerente à sua profissão. Justifica ao mencionar que não tem o que fazer em alguns casos. É mais fácil lidar com a perda de idosos por considerar esta mais natural e esperada.

Na forma de lidar com a perda de seus pacientes evidenciam-se modos de aceitação, conformidade e busca pelo alívio do sofrimento, como se fosse possível separar o pessoal do profissional. Parece não estabelecer com os pacientes uma relação humana como forma de negação dos próprios sentimentos. E, enquanto ser humano e médica, tenta lidar com as perdas presentes no seu cotidiano de trabalho.

Evidencia-se no seu relato a dificuldade de conversar com o paciente sobre o seu estado de saúde: “terminal”. Tanto é que a utilização da morfina para o alívio do sofrimento e possibilidade de sedação do paciente é uma prática comum para a referida médica, e não como um remédio que pode aliviar a dor e demais sintomas, mas sim como forma de camuflagem da dor da perda, expressando, assim, a sua onipotência e prepotência médica, ou seja, a dificuldade de enfrentar a vulnerabilidade e impotência pessoal e profissional diante do processo de morte de seus pacientes.

Para R2 aliviar os sintomas parece ser mais importante do que dialogar com os pacientes e familiares sobre a possibilidade da iminência de morte. A aceitação desta está relacionada com a idade do paciente, considerando ser mais fácil lidar com a perda de um idoso a de uma criança. R2 percebe a morte, em algumas circunstâncias, como alívio para ela e para o paciente.

Parece que a questão do tempo de formação também é um fator determinante no modo como se lida com o fim da vida de pacientes; o tempo de atuação profissional sugere um enrijecimento por parte do médico e, conseqüentemente, um maior distanciamento dos pacientes próximos da morte.

RELATO INGÊNUO (21/03/11 às 11:30h.)

R3 – A. C. B. B.

Sexo: Masculino

Formação: Médico – Especialista em Oncologia Clínica

“O que significa para você cuidar do paciente oncológico, sem possibilidade de cura, que vivencia o seu processo de morrer e posteriormente perdê-lo?”

É, vamos lá, vamos pensar aqui, que é um pouco complicado, a gente; é, olha, a princípio, é, eu, quando eu escolhi a área, posso ser mais detalhado, não tem problema? Então, a princípio, quando eu escolhi a área, eu não, não; eu fui mais pelos aspectos biológicos, do que necessariamente pelos aspectos psicológicos, eu achava o câncer uma doença interessante e tal. Então, só que eu não, nessa época, quando eu escolhi fazer oncologia, eu nunca tinha nem vivenciado a morte de nenhum paciente; então, assim, foi uma coisa completamente não preparada para isso. E aí, quando eu entrei na residência de oncologia, já bem mais para frente, eu já até tinha até vivenciado a morte de alguns pacientes lá de clínica, eu tinha tido uma idéia, mas na residência em oncologia realmente que eu comecei a lidar com isso; é, eu achei, comecei a considerar que vivenciar a morte do paciente também não me trazia nada, que era compartimentalizado no meu cérebro, tá! Eu achava que assim, o que eu vivenciava no trabalho, e que o paciente morria, e que tudo bem, eu fazia uma amizade curta com ele e a gente se dava bem, a gente tinha uma relação boa, eu era simpático e ele me tratava bem e ele morria e tudo bem, eu partia para o próximo, e aí eu abria uma nova relação, vamos ser simpático, vamos conversar, eu trato bem e ele morre e vamos para o próximo. E eu achava que isso não influenciava em nada na minha vida, né! Tipo, que a minha vida pessoal continuava lidando normalmente; e aí, em terapia, né! Foi conversando com o meu terapeuta, eu fui conversando com ele e comecei identificar que vários comportamentos que eu tinha na minha vida eram influenciados por essa perda que eu tinha do meu paciente, por exemplo, é: relacionamento, certo! Eu começava a namorar, tinha algum problema em relação! Eu posso ser assim, pessoal, né? Então, tinha algum problema no relacionamento, eu identificava que aquele problema no namoro era alguma

coisa que potencialmente poderia levar ao fim do namoro, o que eu fazia? Eu terminava o relacionamento! Por quê? Porque ao invés de vivenciar a perda que eu vivenciava no meu trabalho todos os dias, e que eu me preparava no trabalho, eu acabava me preparando, sem querer, na vida pessoal e aí eu acabava encerrando os meus relacionamentos antes deles chegarem a qualquer ponto que pudessem me causar dor ou sofrimento. Então, a mesma coisa que eu tinha no trabalho eu levava para a vida pessoal e isso é o mais forte para mim, mas tinham outras coisas pequenas tipo o trabalho. O trabalho começou a incomodar e eu comecei a ver que eu poderia, por exemplo, a chefia mudou, eu poderia, eu corria o risco de ser demitido; então, antes de qualquer coisa acontecer, antes de qualquer problema aparecer, eu já procurava outro lugar para não sofrer com a perda. Então, assim, apesar de eu achar que eram coisas completamente dissociadas e eu não conseguia identificar isso realmente. É, isso influenciava totalmente em todos os aspectos da minha vida, assim, tipo a perda do paciente é uma coisa que, para mim, me traumatiza muito mais inconscientemente do que conscientemente. Se você me perguntar como é que você lida conscientemente com a perda? Tranquilamente! Tipo, o meu paciente morre, para mim não influencia em nada, parece que tudo bem, era no natural, era evolução da doença, ele vai morrer algum dia mesmo. Eu, eu, eu fico triste, eu já até chorei com algumas famílias porque eu realmente estava triste com a perda daquelas pessoas, mas tinha muito mais a ver com o ambiente, que a família estava triste, tinha muito mais a ver com o clima em que se formava do que com a minha sensação de perda em relação àquela pessoa. Agora não é que eu não tenha sentimentos, que eu não sofra, é que na verdade eu bloqueio, eu me protejo e eu não; eu acabo não sentindo tanta dor porque, como eu te expliquei do restante das coisas da vida, eu já bloqueio em todos os aspectos. O que eu consigo me lembrar é mais isso! É, deixa eu ver se tem mais alguma coisa que eu possa ajudar nisso! O cuidar do paciente sem possibilidade de cura, para mim, também entra no esquema da rotina, tipo assim, é, é, eu já, eu sei mais ou menos o que ele vai passar depois de alguns anos de experiência na área, né! Então, eu sei o que ele vai passar, eu sei a dor que ele vai ter, eu sei a náusea que ele vai ter! Eu sei que isso vai desestruturar a família neste ou naquele sentido e que a família vai me questionar essa ou aquela coisa assim, dificilmente, tem alguma grande surpresa na evolução dos pacientes. Normalmente todos fazem um caminho muito parecido, né! É, enfim, obviamente, cada pessoa é diferente, mas dentro de um padrão meio que já conhecido por quem já vivenciou

vários anos. Então, eu acho que é; ele entra na rotina, você está vivenciando isso e tem uma resposta certa pra aquilo, tem um sorriso certo para você dar para aquela determinada pergunta, tem o momento de falar um pouco mais sério, tem momento de dar uma brincadeira. Então, eu acho que tem todo; é mais técnica que vai se desenvolvendo com o tempo, que ninguém ensinou; ninguém nunca parou para me dizer como é que eu tinha que agir com isso. A universidade de medicina é muito pouco; ela dá muito pouco valor pro aspecto psicológico do tratamento, quase nenhum, né! Pelo menos a minha, eu não posso falar das outras, a minha foi em Alagoas, enfim, quase valor nenhum. E, eu, a residência ela também dá pouco valor! Apesar da gente ter algumas pessoas que se interessam pelo aspecto psicológico e já ter comentado de que poderia ter acompanhamento psicológico. Há muito pouco valor dado pelas especializações médicas pro aspecto psicológico. Então, a gente trata muito superficialmente, vem muito do feeling. Então, assim, se eu; a forma como eu lido com os meus pacientes tem a ver com o meu feeling de que aquela é a melhor forma de dizer isso ou aquilo, mas eu não tenho, não passei por nenhuma técnica, não teve nenhuma orientação, não fiz nenhum curso, apesar de já existirem alguns cursos sobre isso, alguns colegas meus inclusive já fizeram cursos de cuidados paliativos em que você tem uma proximidade maior com o ensino da morte, eu não fiz! Então, assim, o meu vem mais de feeling do que necessariamente de faculdade, ou de residência ou de especialização. Perder o paciente e se deparar com a morte é basicamente uma rotina total, é o dia-a-dia, veja, eu não sofro não, eu não sofro não! Assim, pelo menos não conscientemente como eu estava comentando. É, eu fico triste durante algumas horas porque eu perdi uma pessoa com quem eu tinha algum contato, mas assim, eu, de uma certa forma eu já sabia que ela ia morrer, então, eu fico tranquilo! Assim, tipo, eu consigo estar num jantar com os amigos conversando, me ligam do hospital dizendo que um paciente, que me é querido, que realmente eu gosto daquela pessoa morreu e eu paro, fico alguns minutos pensando no que eu poderia ter feito de diferente, se eu poderia ter modificado algum tratamento pra ele, se a medicação poderia ter sido tóxica e ter contribuído com a morte mais precoce ou menos precoce do paciente; então, eu faço uma auto-análise do que aconteceu com aquela pessoa, o que eu poderia ter feito de melhor por ela, mas em dez minutos, quinze minutos depois eu já estou jantando como se nada tivesse acontecido. Realmente vai para baixo do tapete e aí vai atralhar o resto da minha vida! Vai fazer loucuras em outras áreas, mas para o meu

jantar não atrapalha em nada, eu continuo jantando como se nada estivesse acontecido! É impressionante, realmente ela vai para baixo do tapete, tranquilamente, não me afeta muito não! Dificilmente eu; alguns casos em que eu tenho uma identificação maior, por exemplo, uma pessoa que tem; tem algumas pessoas para mim, alguém que lembra algum conhecido, tipo o meu pai ou a minha mãe, que os dois tiveram câncer; o meu pai até morreu! Mas alguém que lembra o meu pai numa determinada coisa ou na outra; ou então alguém mais próxima da minha idade que eu consiga me identificar com esta pessoa ou alguma pessoa que viajou para os lugares que eu viajei e a gente tem algum papo em que me aproxima um pouco. Eu não consigo lhe dizer exatamente o que é, cada caso é específico, mas algumas pessoas me aproximam mais, essas pessoas eu tenho menos vontade de perder, mas mesmo essas, quando eu perco, eu já estou meio que preparado, então a coisa vai natural, tipo, mesmo essas. Dificilmente eu lembro dos pacientes que eu perdi, tipo, olha aquela pessoa fez isso ou fez aquilo; assim, são raras as pessoas que eu me lembro. Eu me lembro genérico; assim, eu já conversei com a pessoa, como se eu tivesse conversado com amigos. Eu conversei com uma pessoa que já esteve lá ou que já esteve aqui, ou então, eu converso com uma pessoa que já fez isso, mas eu não lembro especificamente foi aquele paciente que morreu daquela forma. A morte parece que fica como parte do processo, assim, ela não é um evento extremamente importante em si. Ela é como se fosse parte da dor, é uma etapa! Exatamente! Acho que a descrição é excelente. Ela é uma etapa! Eu, eu, eu, ele tem dor, depois ele tem enjôo e ele morre; mas é tudo uma coisa só! Não é a morte em si, é tudo uma coisa só! Espero ter ajudado!

RELATO LITERALIZADO

Vamos lá, vamos pensar, porque é um pouco complicado! (4) Em princípio, quando eu escolhi a área, posso ser mais detalhado, não tem problema? Então, em princípio, quando eu escolhi a área, eu fui mais pelos aspectos biológicos do que, necessariamente, pelos aspectos psicológicos, eu achava o câncer uma doença interessante e tal. (4)

Nessa época, quando eu escolhi fazer oncologia, eu nunca tinha vivenciado a morte de um paciente; foi uma coisa completamente não preparada para isso! (2) Quando eu entrei na residência em oncologia, já bem mais para frente, quando eu já até tinha até vivenciado a morte de alguns pacientes na residência em clínica e eu já tinha tido uma idéia; mas, foi na residência em oncologia que eu realmente comecei a lidar com isso. (4)

Eu achei e comecei a considerar que vivenciar a morte do paciente também não me trazia nada e que tudo era compartimentado no meu cérebro! (2) Eu achava que o que eu vivenciava no trabalho, como a morte de um paciente, seria tudo bem; que eu fazia uma amizade curta com ele e nós nos dávamos bem, nós tínhamos uma relação boa: eu era simpático, ele me tratava bem, depois ele morria e tudo bem; e eu partia para o próximo! (2) Aí, eu abria uma nova relação, vamos ser simpático, conversar, eu trato bem e ele morre e vamos para o próximo. E eu achava que isso não influenciava em nada a minha vida pessoal, que ela continuava fluindo normalmente. (2)

Aí, em terapia, fui conversando com o meu terapeuta e comecei a identificar que vários comportamentos que eu tinha na minha vida pessoal eram influenciados por essa perda do meu paciente, por exemplo, meus relacionamentos amorosos! (4) Eu começava a namorar, tinha algum problema no relacionamento, eu identificava que aquele problema no namoro era alguma coisa que potencialmente poderia levar ao fim do namoro, o que eu fazia? Eu terminava o relacionamento! Por quê? (4)

Porque, ao invés de vivenciar a perda que eu vivenciava no meu trabalho todos os dias e que eu me preparava no trabalho, eu acabava me preparando, sem querer, na vida pessoal e

aí eu acabava encerrando os meus relacionamentos antes deles chegarem a qualquer ponto que pudessem me causar dor ou sofrimento. (1)

Então, a mesma coisa que eu fazia no trabalho eu levava para a vida pessoal e isso é o mais forte para mim, mas tinha outras coisas pequenas, como o trabalho. (4) O trabalho começou a incomodar e eu comecei a ver que eu poderia ser demitido. (4) Por exemplo: a chefia mudou, então eu poderia e corria o risco de ser demitido; então, antes de qualquer coisa acontecer e antes de qualquer problema aparecer, eu já procurava outro lugar para trabalhar para não sofrer com a “futura” perda.(4)

Apesar de eu achar que eram coisas completamente dissociadas e eu realmente não conseguia identificar isso, o não lidar com as perdas influenciava totalmente em todos os aspectos da minha vida; (4) assim, a perda do paciente é uma coisa que, para mim, me traumatiza muito mais inconscientemente do que conscientemente. (1) Se você me perguntar como é que você lida conscientemente com a perda? Diria: Tranquilamente! (1) Por exemplo: o meu paciente morre e para mim isto não influencia em nada, parece que tudo bem, natural, era a evolução da doença, ele iria morrer algum dia mesmo! (2)

Eu fico triste, eu já até chorei com algumas famílias porque eu realmente estava triste pela perda daquelas pessoas, mas tinha muito mais a ver com o ambiente, com a família que estava triste e com o clima que se formava do que com a minha sensação de perda em relação àquela pessoa. (1) Agora não é que eu não tenha sentimentos e que eu não sofra, é que na verdade eu me bloqueio, me protejo e acabo não sentindo tanta dor porque, como eu te expliquei do restante das coisas da minha vida, eu já bloqueio em todos os aspectos. (1) O que eu consigo me lembrar é isso!

Deixe-me ver se tem mais alguma coisa que eu possa ajudar nisso?! O cuidar do paciente sem possibilidades de cura, para mim, também entra no esquema da rotina, pois eu já sei mais ou menos o que ele vai passar, depois de alguns anos de experiência na área! (3) Então, eu sei o que ele vai passar; a dor e a náusea que ele vai ter! Eu sei que isso vai desestruturar

a família neste ou naquele sentido e que esta irá me questionar nessa ou naquela coisa, assim, dificilmente, tem alguma grande surpresa na evolução dos pacientes. (3)

Normalmente todos fazem um caminho muito parecido; obviamente, cada pessoa é diferente, mas dentro de um padrão meio que já conhecido por quem já vivenciou vários anos, eu acho que entra na rotina, você está vivenciando isso e tem uma resposta certa para aquilo, tem um sorriso certo para você dar para aquela determinada pergunta, tem o momento de falar um pouco mais sério, tem momento de dar uma brincada. (4)

Eu acho que é mais técnica que vai se desenvolvendo com o tempo e que ninguém ensinou; ninguém nunca parou para me dizer como é que eu tinha que agir com isso! (4) A universidade de medicina é muito pouco; ela dá muito pouco valor para o aspecto psicológico do tratamento, quase nenhum! (4) Pelo menos a minha, eu não posso falar das outras, a minha foi em Alagoas, enfim, quase valor nenhum. A residência também dá pouco valor!

Apesar de nós termos algumas pessoas que se interessam pelo aspecto psicológico e já ter comentado de que poderia ter acompanhamento psicológico, há pouquíssimo valor dado pelas especializações médicas para o aspecto psicológico. (3) Então, nós tratamos muito superficialmente, vem muito do feeling (4). Assim, a forma como eu lido com os meus pacientes tem a ver com o meu feeling de que aquela é a melhor forma de dizer isso ou aquilo, mas eu não tenho, não passei por nenhuma técnica, não tive nenhuma orientação e não fiz nenhum curso, apesar de já existirem alguns cursos sobre isso! (4)

Alguns colegas meus inclusive já fizeram cursos de cuidados paliativos em que você tem uma proximidade maior com o ensino da morte, eu não os fiz! (4) Então, a minha forma de tratar vem mais de feeling do que necessariamente de faculdade, de residência ou de especialização. Perder o paciente e se deparar com a morte é basicamente uma rotina total, é o dia-a-dia; veja, eu não sofro não! Eu não sofro não! Assim, pelo menos não conscientemente como eu estava comentando. (1)

Eu fico triste durante algumas horas porque eu perdi uma pessoa com quem eu tinha algum contato, mas assim, eu, de certa forma, já sabia que ela ia morrer, então, eu fico tranquilo! Assim, eu consigo estar num jantar com os amigos conversando e me ligam do hospital dizendo que um paciente, que me é querido, que realmente eu gosto daquela pessoa e morreu, eu paro, fico alguns minutos pensando no que eu poderia ter feito de diferente, se eu poderia ter modificado algum tratamento para ele, se a medicação poderia ter sido tóxica e ter contribuído com a morte mais precoce ou menos precoce do paciente. (2)

Eu faço uma auto-análise do que aconteceu com aquela pessoa, o que eu poderia ter feito de melhor por ela, mas em dez ou quinze minutos depois eu já estou jantando como se nada tivesse acontecido. (2) Realmente vai para baixo do tapete e aí vai atrapalhar o resto da minha vida! Vai fazer loucuras em outras áreas, mas para o meu jantar não atrapalha em nada, eu continuo jantando como se nada estivesse acontecido! (3) É impressionante, realmente ela vai para baixo do tapete, tranquilamente, isso não me afeta muito, dificilmente! (3)

Em alguns casos eu sinto uma identificação maior, por exemplo, tem algumas pessoas que, para mim, lembram algum conhecido, tipo o meu pai ou a minha mãe, os dois tiveram câncer; o meu pai até morreu! Alguém que lembra o meu pai numa determinada coisa ou em outra; ou então alguém mais próxima da minha idade que eu consigo me identificar com esta pessoa ou alguma pessoa que viajou para os lugares que eu viajei e a gente tem algum papo em que me aproxima um pouco.

Eu não consigo lhe dizer exatamente o que é, porque cada caso é específico, mas algumas pessoas me aproximam mais, essas pessoas eu tenho menos vontade de perder, mas, mesmo essas, quando eu as perco, eu já estou meio que preparado, então é natural! (2) Dificilmente eu me lembro dos pacientes que eu perdi, tipo, olha aquela pessoa fez isso ou fez aquilo; assim, são raras as pessoas que eu me lembro. (2) Eu me lembro genérico; assim, eu já conversei com a pessoa, como se eu tivesse conversado com amigos. Eu conversei com uma pessoa que já esteve lá ou que já esteve aqui, ou então, eu converso com uma pessoa

que já fez isso, mas eu não lembro especificamente que foi aquele paciente que morreu daquela forma.

A morte parece que fica como parte do processo, assim, ela não é um evento extremamente importante em si. Ela é como se fosse parte da dor, é uma etapa! (3) Exatamente! Acho que a descrição é excelente. Ela é uma etapa! Eu, eu, eu, ele tem dor, depois ele tem enjôo e ele morre; mas é tudo uma coisa só! Não é a morte em si, é tudo uma coisa só! Espero ter ajudado! (2)

TABELA DE CATEGORIAS E UNIDADES DE ANÁLISE

CATEGORIAS		UNIDADES DE ANÁLISE
1	Relação médico e paciente: o desvelar das emoções e sentimentos.	<i>...a perda do paciente é uma coisa que, para mim, me traumatiza muito mais inconscientemente do que conscientemente.</i>
		<i>Se você me perguntar como é que você lida conscientemente com a perda? Diria: Tranquilamente!</i>
		<i>Eu fico triste, eu já até chorei com algumas famílias porque eu realmente estava triste pela perda daquelas pessoas, mas tinha muito mais a ver com o ambiente, com a família que estava triste e com o clima que se formava do que com a minha sensação de perda em relação àquela pessoa.</i>
		<i>Perder o paciente e se deparar com a morte é basicamente uma rotina total, é o dia-a-dia; veja, eu não sofro não! Eu não sofro não! Assim, pelo menos não conscientemente como eu estava comentando.</i>
		<i>Agora não é que eu não tenha sentimentos e que eu não sofra, é que na verdade eu me bloqueio, me protejo e acabo não sentindo tanta dor porque, como eu te expliquei do restante das coisas da minha vida, eu já bloqueio em todos os aspectos.</i>
		<i>Porque, ao invés de vivenciar a perda que eu vivenciava no meu trabalho todos os dias e que eu me preparava no trabalho, eu acabava me preparando, sem querer, na vida pessoal e aí eu acabava encerrando os meus relacionamentos antes deles chegarem a qualquer ponto que pudessem me causar dor ou sofrimento.</i>
2	Relação médico e paciente: um distanciamento da	<i>Nessa época, quando eu escolhi fazer oncologia, eu nunca tinha vivenciado a morte de um paciente; foi uma coisa completamente não preparada para isso!</i>

morte do paciente.

Eu não consigo lhe dizer exatamente o que é, porque cada caso é específico, mas algumas pessoas me aproximam mais, essas pessoas eu tenho menos vontade de perder, mas, mesmo essas, quando eu as perco, eu já estou meio que preparado, então é natural!

Difícilmente eu me lembro dos pacientes que eu perdi, tipo, olha aquela pessoa fez isso ou fez aquilo; assim, são raras as pessoas que eu me lembro.

Eu faço uma auto-análise do que aconteceu com aquela pessoa, o que eu poderia ter feito de melhor por ela, mas em dez ou quinze minutos depois eu já estou jantando como se nada tivesse acontecido.

Eu achei e comecei a considerar que vivenciar a morte do paciente também não me trazia nada e que tudo era compartimentado no meu cérebro!

...fico alguns minutos pensando no que eu poderia ter feito de diferente, se eu poderia ter modificado algum tratamento para ele, se a medicação poderia ter sido tóxica e ter contribuído com a morte mais precoce ou menos precoce do paciente.

Por exemplo: o meu paciente morre e para mim isto não influencia em nada, parece que tudo bem, natural, era a evolução da doença, ele iria morrer algum dia mesmo!

Exatamente! Acho que a descrição é excelente. Ela é uma etapa! Eu, eu, eu, ele tem dor, depois ele tem enjôo e ele morre; mas é tudo uma coisa só! Não é a morte em si, é tudo uma coisa só! Espero ter ajudado!

...ele me tratava bem, depois ele morria e tudo bem; e eu partia para o próximo!

E eu achava que isso não influenciava em nada a minha vida pessoal, que ela continuava fluindo normalmente.

3	O encontro do médico com a morte: a morte imprevisível.	<i>O cuidar do paciente sem possibilidades de cura, para mim, também entra no esquema da rotina, pois eu já sei mais ou menos o que ele vai passar, depois de alguns anos de experiência na área!</i>
		<i>Eu sei que isso vai desestruturar a família neste ou naquele sentido e que esta irá me questionar nessa ou naquela coisa, assim, dificilmente, tem alguma grande surpresa na evolução dos pacientes.</i>
		<i>Apesar de nós termos algumas pessoas que se interessam pelo aspecto psicológico e já ter comentado de que poderia ter acompanhamento psicológico, há pouquíssimo valor dado pelas especializações médicas para o aspecto psicológico.</i>
		<i>Realmente vai para baixo do tapete e aí vai atrapalhar o resto da minha vida! Vai fazer loucuras em outras áreas, mas para o meu jantar não atrapalha em nada, eu continuo jantando como se nada estivesse acontecido!</i>
		<i>É impressionante, realmente ela vai para baixo do tapete, tranquilamente, isso não me afeta muito, dificilmente!</i>
		<i>A morte parece que fica como parte do processo, assim, ela não é um evento extremamente importante em si. Ela é como se fosse parte da dor, é uma etapa!</i>
4	Construção da identidade do sujeito: a dimensão ética do ser médico	<i>Vamos lá, vamos pensar, porque é um pouco complicado!</i>
		<i>Então, em princípio, quando eu escolhi a área, eu fui mais pelos aspectos biológicos do que, necessariamente, pelos aspectos psicológicos, eu achava o câncer uma doença interessante e tal.</i>
		<i>Apesar de eu achar que eram coisas completamente dissociadas e eu realmente não conseguia identificar isso, o não lidar com as perdas influenciava totalmente em todos os aspectos da minha vida;</i>

Então, a mesma coisa que eu fazia no trabalho eu levava para a vida pessoal e isso é o mais forte para mim, mas tinha outras coisas pequenas, como o trabalho.

Então, nós tratamos muito superficialmente, vem muito do feeling.

Eu acho que é mais técnica que vai se desenvolvendo com o tempo e que ninguém ensinou; ninguém nunca parou para me dizer como é que eu tinha que agir com isso!

A universidade de medicina é muito pouco; ela dá muito pouco valor para o aspecto psicológico do tratamento, quase nenhum!

...não tive nenhuma orientação e não fiz nenhum curso, apesar de já existirem alguns cursos sobre isso!

...eu acho que entra na rotina, você está vivenciando isso e tem uma resposta certa para aquilo, tem um sorriso certo para você dar para aquela determinada pergunta, tem o momento de falar um pouco mais sério, tem momento de dar uma brincada.

O trabalho começou a incomodar e eu comecei a ver que eu poderia ser demitido.

...eu já procurava outro lugar para trabalhar para não sofrer com a “futura” perda.

...foi na residência em oncologia que eu realmente comecei a lidar com isso.

Eu começava a namorar, tinha algum problema no relacionamento, eu identificava que aquele problema no namoro era alguma coisa que potencialmente poderia levar ao fim do namoro, o que eu fazia? Eu terminava o relacionamento! Por quê?

Alguns colegas meus inclusive já fizeram cursos de cuidados paliativos em que você tem uma proximidade maior com o ensino da morte, eu não os fiz!

Aí, em terapia, fui conversando com o meu terapeuta e comecei a identificar que vários comportamentos que eu tinha na minha vida pessoal eram influenciados por essa perda do meu paciente, por exemplo, meus relacionamentos amorosos!

ANÁLISE IDEOGRÁFICA

R3 inicia o relato expressando sua dificuldade de lidar com questões complexas como a morte. Um dos pontos reside na formação profissional do médico que não aborda este tema com profundidade que, em paralelo com sua vida pessoal, levou ao não envolvimento com questões humanas, como vínculos com pacientes identificados, validados e vivenciados.

Estas vivências não validadas prejudicaram a possibilidade de identificar influências que sua vida profissional gera na vida pessoal, resultando no estabelecimento de vínculos superficiais, levando a um sentimento de insegurança no ambiente de trabalho. Acaba encarando a morte neste contexto como algo inerente a rotina de trabalho.

Apresenta uma tranquilidade superficial, possibilitada com o amadurecimento pessoal e profissional. Recorre à passagem do tempo para justificar seu amadurecimento e desenvolvimento de habilidades para lidar com as perdas presentes na vida profissional e pessoal. Fica evidente que as questões médicas são aprendidas e as demais habilidades são desenvolvidas ao longo da vida e com a prática profissional.

Fica claro que R3 recorre à técnica para lidar com perdas, principalmente quando ocorre identificação de algum paciente com algum de seus entes queridos, ocorrendo, eventualmente, o esquecimento, que opera para o não envolvimento. A técnica médica é aprendida na universidade e a questão das relações humanas não se aprende na formação acadêmica e sim na vida. A chamada “humanização” não tem lugar na formação do médico.

A dificuldade de lidar com os próprios sentimentos quando se perde um paciente é justificada pelo bloqueio desenvolvido ao longo dos anos de atuação profissional, prática facilitadora do distanciamento das questões humanas envolvidas no processo de cuidar, fator “esperado” de um médico.

RELATO INGÊNUO (21/03/11 às 13:30h.)

R4 – A. A. P. R. L.

Sexo: Feminino

Formação: Médica – Especialista em Oncologia Clínica

“O que significa para você cuidar do paciente oncológico, sem possibilidade de cura, que vivencia o seu processo de morrer e posteriormente perdê-lo?”

Bom, é, na verdade, assim, é difícil responder isto em uma frase, né! Dá para ficar horas falando sobre isso, mas é. É, eu acho assim, é, eu tenho uma postura hoje que é diferente de um ano atrás, né, antes de eu fazer esse curso dos cuidados paliativos, eu tive, eu tinha momentos de revolta com essa perda do paciente. É, digamos que eu estava brigada com Deus igual a muitos deles ficam, mas nesse curso eu pude ter uma maior quietude espiritual, né, e aceitar que a morte faz parte da vida, apesar de ter vivenciado a morte durante, a pelo menos, há quatorze anos, né! Eu vou fazer quinze anos de oncologia já. Então, assim, eu já sofri muito mais do que agora. Agora acho que eu estou mais serena neste manejo. Uma coisa que frustra muito, assim, é, para mim, como pessoa, é que eu não tenho muita possibilidade de abordar a morte em si com o paciente; porque a nossa cultura de nós médicos e a cultura latina talvez de maneira geral não permite que a gente fala abertamente para o paciente que ele vai morrer. Então, são poucos que sabem que vão morrer, né. Eles, ou pelo menos, admitem que sabem que vão morrer, ou escondem da família que sabem que vão morrer. Então, isso dificulta muito você ter essa intimidade de levar o paciente até o fim, né. Não sei se você já leu o livro “Bilhete de Plataforma”, de ser companheiro do seu bilhete de plataforma. Então, isso é muito frustrante nesse ponto, mas eu tento da maneira que eu aprendi de tudo que eu li de passar tranquilidade para ele que tem, como eu acredito, que existe vida após a vida, né, que isso não é o fim e tentar resgatar os valores dele durante a vida inteira. Muitos a gente vê que ficam, é, é, na sensação de que não são nada, né, de que não fizeram nada na vida e a gente tenta resgatar isso como médica, apesar das minhas limitações. Agora, para mim, eu acho muito mais difícil quando o paciente é jovem, né, porque lida com a minha própria morte mesmo, a minha limitação; eu tenho filhos

pequenos, então, esses pacientes mais jovens são os que mechem mais com a minha capacidade de lidar com essas perdas, né. E eu tento elaborar cuidando de mim, assim, da minha espiritualidade, tentando viver a vida da forma que eu acho; como se eu fosse morrer amanhã, digamos assim! Claro que a gente tem planos a médio e longo prazo, mas eu procuro não deixar muitas pendências tanto familiares quanto para as minhas filhas e com o meu marido. Procuro viver o hoje, né, como se fosse maior, mas a gente perde sempre e tem dor com isso, né! É isso! Então, essa dor é a dor que, assim, que me deixa triste, que pode; geralmente eu preciso de um momento para respirar. Eu saio, às vezes, eu me emociono, assim, com coisas que eles falam, com coincidências, entre aspas, né; que acontecem que a gente sabe; quem acredita acha que não são coincidências, né. Assim, quando eu me emociono eu choro, né! Às vezes, eu chego em casa e compartilho com o meu marido, né, que não é médico então ele fica assim com o olho deste tamanho. Mas assim, com os meus amigos e assim vai. Tento me cuidar, né; vou correr, vou fazer outras coisas, vou brincar com as meninas para poder ver o lado feliz também. Mas, é, da maneira geral, eu não absolvo muito essas dores, assim, acho que eu não tenho um peso da profissão por conta da morte. Eu acho que eu consegui e estou conseguindo porque é um trabalho constante, é, levar isso da maneira mais leve possível, mas é claro, que às vezes, eu fico de luto também, com certeza. Eu não faço cuidados paliativos, mas eu tento passar para eles, talvez sem falar diretamente, isso que eu falei que eu faço, viver o hoje, né; tento passar para eles que talvez ele não tenha muito tempo. Por exemplo, o paciente fala: aí eu queria ir para Florianópolis visitar um amigo, mas eu estou esperando melhorar, aí eu falo: olha, talvez o senhor não vai melhorar; talvez era só ir agora porque a gente não sabe o amanhã, pode ser que tenha alguma complicação e piora. Então, para mim isso é o que eu te falei, o que eu absolvo para mim é que eu tenho que viver o hoje e eu espero e tento passar isso para eles também. Não sei se é isso que você está perguntando?! Ah, eu vi a palavra escuta aqui. Acho que uma das principais coisas que a gente pode fazer é escutar também; escutar esses pacientes, né! Na maioria das vezes, é, e às vezes, a gente não tem tempo, é muito complicado; mas, assim, acho que eu, é, não me gabando, assim, eu sou uma médica que tem uma escuta melhor do que muitos colegas que eu conheço. Isso faz diferença com certeza! É, eu sou super a favor da gente tentar ajudar a elaborar melhor esse fim de vida que é muito complicado. Espero ter ajudado!

RELATO LITERALIZADO

Na verdade, é difícil responder isto em uma frase! Dá para ficar horas falando sobre isso! (4)
Eu tenho uma postura hoje que é diferente de um ano atrás. (4) Antes de eu fazer esse curso dos cuidados paliativos eu tinha momentos de revolta com a perda do paciente. (2)
Digamos que eu estava brigada com Deus igual a muitos deles ficam, mas nesse curso eu pude ter uma maior quietude espiritual e aceitar que a morte faz parte da vida, apesar de ter vivenciado a morte durante, pelo menos, há quatorze anos!(4) Eu vou fazer quinze anos de oncologia.

Então, eu já sofri muito mais do que agora! Acho que eu estou mais serena neste manejo.(4)
Uma coisa que frustra muito é que, para mim, como pessoa, não tenho muita possibilidade de abordar a morte em si com o paciente, porque a nossa cultura de médicos e a cultura latina talvez, de maneira geral, não permite que nós falemos abertamente para o paciente que ele vai morrer. (2) Então, são poucos os que sabem que vão morrer! Eles, pelo menos, admitem que sabem que vão morrer, ou escondem da família que sabem que vão morrer e isso dificulta muito você ter essa intimidade de levar o paciente até o fim. (2)

Não sei se você já leu o livro: “Bilhete de Plataforma”, de ser companheiro do seu bilhete de plataforma. Então, isso é muito frustrante nesse ponto, mas eu tento da maneira que eu aprendi de tudo que eu li passar tranquilidade para eles. (1) Como eu acredito que existe vida após a vida e que isso não é o fim, então eu tento resgatar os valores deles desenvolvidos durante as suas vidas. Muitos deles nós vemos que ficam na sensação de que não são nada, de que não fizeram nada na vida e eu tento resgatar isso como médica, apesar das limitações. (1)

Agora, para mim, eu acho muito mais difícil quando o paciente é jovem, porque esbarra com a minha própria morte e limitação. (2) Eu tenho filhos pequenos, então, esses pacientes mais jovens são os que mechem mais com a minha capacidade de lidar com essas perdas. (2) Eu tento elaborar cuidando de mim e da minha espiritualidade, tentando viver a vida da forma que eu acho, como se eu fosse morrer amanhã, digamos assim! (1) Claro que nós

temos planos a médio e longo prazo, mas eu procuro não deixar muitas pendências tanto familiares quanto para as minhas filhas e meu marido.

Eu procuro viver o hoje como se fosse maior, mas nós perdemos sempre e temos dor com isso! É isso! Então, essa dor é a que me deixa triste; geralmente eu preciso de um momento para respirar! (1) Eu saio! Às vezes, eu me emociono com coisas que eles falam, com coincidências entre aspas e que acontecem, nós sabemos! Quem acredita acha que não são coincidências! (1)

Quando eu me emociono eu choro! Às vezes, eu chego em casa e compartilho com o meu marido que não é médico, então ele fica com os olhos deste tamanho. É assim com os meus amigos também e vai.. (1) Tento me cuidar, vou correr, vou fazer outras coisas, vou brincar com as meninas para poder ver o lado feliz também. Mas, de maneira geral, eu não absolvo muito essas dores, eu acho que eu não tenho um peso da profissão por conta da morte. (4) Eu acho que eu consegui e estou conseguindo porque é um trabalho constante e levar isso da maneira mais leve possível, mas é claro que, às vezes, eu fico de luto também, com certeza! (4)

Eu não faço cuidados paliativos, mas eu tento passar para eles, talvez sem falar diretamente, isso que eu falei que eu faço: viver o hoje; e tento passar para eles que talvez eles não tenham muito tempo. (4) Por exemplo, o paciente fala: aí eu queria ir a Florianópolis visitar um amigo, mas eu estou esperando melhorar, aí eu falo: olha, talvez o senhor não melhore; talvez era só ir agora porque nós não sabemos o amanhã, pode ser que tenha alguma complicação e piore. (4)

Para mim isso é o que eu te falei, o que eu absolvo é que eu tenho que viver o hoje, então eu espero e tento passar isso para eles também. (1) Não sei se é isso que você está perguntando?! Ah, eu vi a palavra escuta aqui. Acho que uma das principais coisas que nós podemos fazer é escutar também; escutar esses pacientes! Na maioria das vezes, às vezes, nós não temos tempo, é muito complicado! (4)

Assim, acho que eu, não me gabando, mas eu sou uma médica que tem uma escuta melhor do que muitos colegas que eu conheço e isso faz diferença, com certeza! (4) Eu sou muito a favor de nós tentarmos ajudar a elaborar melhor esse fim da vida que é muito complicado.(4)

Espero ter ajudado!

TABELA DE CATEGORIAS E UNIDADES DE ANÁLISE

CATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
<p>1</p> <p>Relação médico e paciente: o desvelar das emoções e sentimentos.</p>	<p><i>...eu tento da maneira que eu aprendi de tudo que eu li passar tranquilidade para eles.</i></p>
	<p><i>Eu procuro viver o hoje como se fosse maior, mas nós perdemos sempre e temos dor com isso! É isso! Então, essa dor é a que me deixa triste; geralmente eu preciso de um momento para respirar!</i></p>
	<p><i>Às vezes, eu me emociono com coisas que eles falam, com coincidências entre aspas e que acontecem, nós sabemos! Quem acredita acha que não são coincidências!</i></p>
	<p><i>Eu tento elaborar cuidando de mim e da minha espiritualidade, tentando viver a vida da forma que eu acho, como se eu fosse morrer amanhã, digamos assim!</i></p>
	<p><i>Quando eu me emociono eu choro! Às vezes, eu chego em casa e compartilho com o meu marido que não é médico, então ele fica com os olhos deste tamanho. É assim com os meus amigos também e vai...</i></p>
	<p><i>Para mim isso é o que eu te falei, o que eu absolvo é que eu tenho que viver o hoje, então eu espero e tento passar isso para eles também.</i></p>
	<p><i>Como eu acredito que existe vida após a vida e que isso não é o fim, então eu tento resgatar os valores deles desenvolvidos durante as suas vidas. Muitos deles nós vemos que ficam na sensação de que não são nada, de que não fizeram nada na vida e eu tento resgatar isso como médica, apesar das limitações.</i></p>
	<p><i>Antes de eu fazer esse curso dos cuidados paliativos eu tinha momentos de revolta com a perda do paciente.</i></p>

2	Relação médico e paciente: um distanciamento da morte do paciente.	<p><i>Uma coisa que frustra muito é que, para mim, como pessoa, não tenho muita possibilidade de abordar a morte em si com o paciente, porque a nossa cultura de médicos e a cultura latina talvez, de maneira geral, não permite que nós falemos abertamente para o paciente que ele vai morrer.</i></p> <p><i>...isso dificulta muito você ter essa intimidade de levar o paciente até o fim.</i></p> <p><i>Eu tenho filhos pequenos, então, esses pacientes mais jovens são os que mechem mais com a minha capacidade de lidar com essas perdas.</i></p> <p><i>Agora, para mim, eu acho muito mais difícil quando o paciente é jovem, porque esbarra com a minha própria morte e limitação.</i></p>
4	Construção da identidade do sujeito: a dimensão ética do ser médico	<p><i>Na verdade, é difícil responder isto em uma frase! Dá para ficar horas falando sobre isso!</i></p> <p><i>Eu não faço cuidados paliativos, mas eu tento passar para eles, talvez sem falar diretamente, isso que eu falei que eu faço: viver o hoje; e tento passar para eles que talvez eles não tenham muito tempo.</i></p> <p><i>Eu tenho uma postura hoje que é diferente de um ano atrás.</i></p> <p><i>Por exemplo, o paciente fala: aí eu queria ir a Florianópolis visitar um amigo, mas eu estou esperando melhorar, aí eu falo: olha, talvez o senhor não melhore; talvez era só ir agora porque nós não sabemos o amanhã, pode ser que tenha alguma complicação e piore.</i></p> <p><i>Acho que uma das principais coisas que nós podemos fazer é escutar também; escutar esses pacientes! Na maioria das vezes, às vezes, nós não temos tempo, é muito complicado!</i></p>

Digamos que eu estava brigada com Deus igual a muitos deles ficam, mas nesse curso eu pude ter uma maior quietude espiritual e aceitar que a morte faz parte da vida, apesar de ter vivenciado a morte durante, pelo menos, há quatorze anos!

Então, eu já sofri muito mais do que agora! Acho que eu estou mais serena neste manejo.

Assim, acho que eu, não me gabando, mas eu sou uma médica que tem uma escuta melhor do que muitos colegas que eu conheço e isso faz diferença, com certeza!

Eu sou muito a favor de nós tentarmos ajudar a elaborar melhor esse fim da vida que é muito complicado.

Eu acho que eu consegui e estou conseguindo porque é um trabalho constante e levar isso da maneira mais leve possível, mas é claro que, às vezes, eu fico de luto também, com certeza!

Tento me cuidar, vou correr, vou fazer outras coisas, vou brincar com as meninas para poder ver o lado feliz também. Mas, de maneira geral, eu não absolvo muito essas dores, eu acho que eu não tenho um peso da profissão por conta da morte.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA

R4 inicia seu relato expressando a complexidade que é tratar o tema da morte. Depois de 14 anos de experiência na área e cursos complementares de Cuidados Paliativos, permitem uma maior tranquilidade para considerar e lidar com as crenças pessoais e religiosas como instrumento no manejo de perdas.

Considera ser possível atuar com serenidade mesmo numa cultura que interdita a morte, na qual médicos e pacientes ainda têm dificuldades para lidar com o fim da vida. E para tanto, é necessário valorizar a pessoa e não apenas sua doença.

R4 menciona que a profissão de médico limita o contato com a morte mesmo que estejam em contato cotidianamente com ela, por demonstrar ao médico seu limite e condição de ser finito também. Existem processos de identificação que podem ocorrer quando médicos e pacientes são jovens.

R4 identifica a necessidade de cuidar dos aspectos psicológicos por estar constantemente em contato com histórias semelhantes às suas mesmo alegando que tenta e lida de forma “leve” com estas perdas presentes no seu cotidiano de trabalho.

Salienta a importância de se trabalhar desejos, metas e prioridades de cada paciente que vivencia a fase avançada da sua doença a partir da escuta que auxilia no lidar com o fim da vida.

A dificuldade de lidar com a morte de pacientes e de falar sobre o fim de suas vidas é alegada pela falta de tempo cronológico na atuação do médico em seu cotidiano de trabalho em paralelo com o sentimento de impotência existente pela carência de formação humanizada do médico.

CATEGORIAS ANALÍTICAS

1. Relação médico e paciente: o desvelar das emoções e sentimentos.
2. Relação médico e paciente: um distanciamento da morte do paciente.
3. O encontro do médico com a morte: a morte imprevisível.
4. Construção da identidade do sujeito: a dimensão ética do ser médico.

ANÁLISE DAS CATEGORIAS

1. Relação médico e paciente: o desvelar das emoções e sentimentos.

*“Como é possível que nos aproximemos com a distância do simples olhar,
de coisas que na prática, nos queimam os dedos,
como, por exemplo, a doença e a morte?”*
(Gadamer)

Esta categoria se refere aos sentimentos e emoções que emergem da relação que se estabelece entre médico e paciente, principalmente no momento estritamente humano, que é a proximidade da morte e morte de um paciente:

E viver o período que antecede a morte do paciente é complicado! (R2)

Como propõe Gadamer, como seria possível compartilhar da proximidade da morte diante do distanciamento e negação deste processo? É necessário refletir sobre a necessidade do médico se permitir vivenciar emoções e sentimentos emergidos do cuidado prestado ao paciente, no sentido de compartilhar com ele que vivencia o seu processo de morte e sua condição humana numa relação de cuidado humano. M.Ponty (2006) afirma que:

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. (p. 123).

E neste processo emergem sentimentos e emoções inevitáveis e inerentes à condição humana que pacientes e profissionais compartilham. E isso se evidencia no seguinte relato:

...quando eu tenho um paciente nessa situação, é que, em geral, nós já mantivemos uma relação de algum tempo. É muito difícil eu ter um paciente e, de repente... (R1)

Mesmo bloqueando os sentimentos, eles estão presentes nos profissionais:

Agora não é que eu não tenha sentimentos e que eu não sofra, é que na verdade eu me bloqueio, me protejo e acabo não sentindo tanta dor porque, como eu te expliquei do restante das coisas da minha vida, eu já bloqueio em todos os aspectos. (R3)

Assim posto, é necessário cuidar da relação que se estabelece entre paciente e médico, especialmente no que diz respeito às emoções e sentimentos, pois a morte mobiliza a todos de alguma forma, a partir do vínculo que estabelecemos com a pessoa presente em nossa convivência:

É diferente de você perder um filho, uma filha, um familiar, mas é uma perda! Nós sentimos e sofremos porque somos também seres humanos e é alguém que se foi... (R1)

Interessante que, por mais que R1 faça comparações em sua fala, é inegável o quanto a morte de uma pessoa mobiliza, em algum âmbito, a vida dos que ficam por tratar-se de aspecto inerente à condição humana. Sendo assim, lidar com a morte de um paciente requer outras habilidades além do manejo técnico do caso, por exemplo:

Para mim isso é o que eu te falei, o que eu absolvo é que eu tenho que viver o hoje, então eu espero e tento passar isso para eles também. (R4)

Eu não me considero, assim, fria, de não sentir nada! Porque tem gente que parece não sentir nada! (R2)

M.Ponty (2006) chama atenção para a seguinte questão:

No silêncio da consciência originária, vemos aparecer não apenas aquilo que as palavras querem dizer, mas ainda aquilo que as coisas querem dizer, o núcleo de significação primário em torno do qual se organizam os atos de denominação e de expressão. (p. 12)

O surgimento das emoções e sentimentos pela perda de um paciente é inevitável, não se trata de opção e sim de vivenciá-las ao seu modo, como ato de consciência, buscando cuidar de outras esferas, a espiritualidade é uma das opções. Por isso:

Eu tento elaborar cuidando de mim e da minha espiritualidade, tentando viver a vida da forma que eu acho, como se eu fosse morrer amanhã, digamos assim! (R4)

E:

Quando eu me emociono eu choro! Às vezes, eu chego em casa e compartilho com o meu marido que não é médico, então ele fica com os olhos deste tamanho. É assim com os meus amigos também e vai... (R4)

Portanto, é compreensível afirmar que existe uma busca pela boa morte tendo em si como base, por isso que:

Eu dou a morte que eu gostaria de ter para mim! (R2)

Os sentimentos e emoções são inevitáveis por fazerem parte da condição humana, não senti-los é inevitável, talvez o que ainda se precisa aprender são modos e possibilidades de expressá-los e vivenciá-los de forma saudável para médicos e pacientes nos seus processos de morte e morrer. Sabe-se que alguns reagem com distanciamento e outros buscam formas de cuidado, portanto, o importante é encontrar uma forma singular e ideal de elaboração.

2. Relação médico e paciente: um distanciamento da morte do paciente.

*“O Tu eterno não pode, por essência, tornar-se um Isso,
pois ele não pode reduzir-se a uma medida ou,
a um limite mesmo que seja à medida do
incomensurável, ao limite do ilimitado”*
(Martin Buber)

Pode-se compreender, na análise desta categoria, o distanciamento do médico em relação à morte do seu paciente iniciado durante o período de tratamento e processo de morte, coesificando o ser humano do paciente; é como se o preparo para o fim da vida implicasse em não envolvimento. E como nos aponta o autor, o ser humano não pode ser reduzido a um “Isso”, entendido como medida e limite. A fala de R1 aponta esta questão:

Eu acho que nós já estamos preparadas para o que irá ocorrer, entendeu? Quer dizer, não existe, assim, então, um envolvimento! (R1)

Estar preparado não precisa obrigatoriamente implicar em não envolvimento e o que fica claro na fala acima. Trata-se do distanciamento das emoções e sentimentos em relação à morte, entendida também como alívio para o médico:

Às vezes, perder o paciente é um alívio, se a pessoa está sofrendo demais, às vezes é um alívio para a pessoa morrer! Ai, você até pensa: “Poxa, o paciente parou de sofrer!”, Graças a Deus; Deus levou! Então, você até se sente aliviado quando o paciente morre. (R2)

Relatos que evidenciam a idéia de ser apenas mais um paciente e a demonstração do não envolvimento com ele, ocorrido talvez pelo fato de que, sobre o prisma da ética da finitude, esta concepção assume um modo de estar no mundo, cotidianamente, vivendo com o ainda-não, com medos, incertezas, contradições e angústia essencial que nos revelam como seres

finitos, lançados ao mundo e destinados a se manterem. No entanto, ilustra o primeiro conhecimento do médico:

...nós já sabemos, de antemão, que são casos graves e que vão morrer! (R1)

E:

Eu não consigo lhe dizer exatamente o que é, porque cada caso é específico, mas algumas pessoas me aproximam mais, essas pessoas eu tenho menos vontade de perder, mas, mesmo essas, quando eu as perco, eu já estou meio que preparado, então é natural! (R3)

O ato de consciência a caminho da morte diz das escolhas possíveis ou efetuadas que mantém o ser humano em um possível estado de viver o presente, sem assumi-lo em sua historicidade. Saber se o caso é grave ou não é se envolver não com o caso e sim com a pessoa. Isto também fica expresso nas falas seguintes que dizem:

...normalmente quando é um paciente que chega e já está mal na UTI, nós, na realidade, nem criamos um vínculo com este paciente, quer dizer, nós já sabemos o que é! (R1)

Exatamente! Acho que a descrição é excelente. Ela é uma etapa! Eu, eu, eu, ele tem dor, depois ele tem enjôo e ele morre; mas é tudo uma coisa só! Não é a morte em si, é tudo uma coisa só! Espero ter ajudado! (R3)

A fala de R1 demonstra a impossibilidade de conceber o paciente em estágio terminal, pois já o classifica como “morto”. Neste sentido, R1 e R3 não consideram e nem se vinculam com a historicidade do paciente, o que nos faz pensar na dificuldade do médico em lidar com a morte do seu paciente como forma de proteção de si, ao mesmo tempo que trata-se de algo inevitável em sua prática profissional. M.Ponty (2006) aponta que:

[...] o homem está no mundo, é no mundo que ele se conhece. Quando volto a mim a partir do dogmatismo do senso comum ou do dogmatismo

da ciência, encontro não um foco de verdade intrínseca, mas um sujeito consagrado ao mundo. (p. 06)

Assim, é possível aceitar a condição de finito do paciente ou entendê-la como sendo acidente ou acaso da vida dele, vivenciada por R1 e R3 como dificuldade de lidar com o tema e distanciamento do processo. Observa:

E é difícil, porque é uma perda, nós sofremos, às vezes, até choramos, mas eu encaro como uma perda, uma perda dela, da vida dela, e não minha! (R1)

Parece ser fundamental separar a morte do paciente da sua como médico para não morrer junto. E nesta tentativa de não se apropriar e não viver a angústia do outro R4 menciona que:

Uma coisa que frustra muito é que, para mim, como pessoa, não tenho muita possibilidade de abordar a morte em si com o paciente, porque a nossa cultura de médicos e a cultura latina talvez, de maneira geral, não permite que nós falemos abertamente para o paciente que ele vai morrer. (R4)

De acordo com os relatos apresentados, médicos encaram a morte como sendo estritamente do outro, assim, pode não se responsabilizar ou refletir sobre os sentimentos e emoções que a perda de seu paciente mobiliza neles enquanto integrantes efetivos e afetivos deste processo, mesmo que:

Agora, para mim, eu acho muito mais difícil quando o paciente é jovem, porque esbarra com a minha própria morte e limitação. (R4)

Fica claro na falta de R4 a menção de um processo de identificação do profissional com o paciente por partilharem da mesma condição humana, o que faz com que médicos tentem se afastar da sua própria morte através do distanciamento do processo de morte do seu paciente. O perigo pode ser a naturalização da morte do idoso, gerando um desinvestimento, condenando a uma morte social.

3. O encontro do médico com a morte: a morte imprevisível.

“Trata-se de uma das situações mais difíceis da prática da cancerologia, porque, apesar da insegurança e do medo que trazem tais visões, é preciso voltar os olhos para a pessoa alheia à realidade, explicar a natureza do achado e demonstrar que estamos tranquilos, esperançosos e em condições de sugerir a melhor solução para o caso...”

(Drauzio Varella)

Pela tentativa de não envolvimento do médico, pode-se pensar e compreender, nesta categoria, como os pacientes chegam ao estado grave e vão a óbito sem a criação de um vínculo anterior. De acordo com as palavras acima mencionadas, surge nesta análise o manejo técnico da situação pelos médicos entrevistados que estão implicados no seu “*modo de ser*” profissional e pessoal desvinculados das questões humanas, como aparece nos relatos abaixo:

Infelizmente a nossa especialidade vive com isso todos os dias. (R2)

...eu não falei para a paciente porque eu não costumo fazer isso, eu acho muito difícil dizer para alguém que ela vai morrer, por mais que eu saiba que não tem mais o que possa ser feito. (R1)

“*Isso*” entendido nos relatos como referência à morte – ocultada. Poderíamos pensar, a partir destes relatos, na questão do “*não fazer nada*”. A medicina paliativa parece não estar presente na prática profissional destes médicos, sendo mais fácil lidar com um caso que não é preciso interagir com a complexidade da vida do paciente como um todo. A preparação profissional destes foi para tratar casos e não pessoas adoecidas – humanos. Eles já sabem sobre a possível morte e como ela ocorre, o difícil, na verdade, é falar sobre a morte do paciente, pois se não tivessem que falar seria mais tranquilo. Como também podemos entender que:

A medicina não conhece outra coisa melhor do que aquilo e chegou à hora dele naquele momento! (R2)

Estas unidades de análise revelam formas de lidar com a morte omitida dos pacientes, vista como acidental e não como evento natural, diferente do modelo ético, no qual teria que falar com a paciente sobre o seu prognóstico. Menciona-se que:

Existe sempre a possibilidade do paciente ser tratado e, eventualmente, ele vir a morrer de outra coisa. (R1)

No entanto:

A morte parece que fica como parte do processo, assim, ela não é um evento extremamente importante em si. Ela é como se fosse parte da dor, é uma etapa! (R3)

Como é possível dizer que a morte não é um evento importante? Parece ser mais confortável encará-la como uma etapa. Morrer de outra “coisa” ou ser considerada uma etapa como qualquer outra parece, em princípio, uma tentativa de não entrar em contato com a possibilidade de morte do seu paciente, em especial, na área da oncologia, na qual se pode ter:

...hemorragia séria... leucemia mielóide aguda M3... levá-lo à morte... morte rápida... morte cerebral. Irá morrer, que não tem mais jeito. (R1)

Nesta fala fica evidente a morte entendida como acidente e não como consequência do adoecimento oncológico e da má condição física do paciente. Interessante é pensar no quanto, em contrapartida, a possibilidade de morrer é pensada e esperada na área de oncologia, em especial, por médicos oncologistas. A fala de R1 contradiz esta compreensão:

Às vezes, pode acontecer... numa situação grave. ...não é uma coisa comum, é mais uma eventualidade. (R1)

Será que se pode considerar a morte como uma eventualidade no setor de oncologia? R1 menciona ainda que:

...não é uma coisa comum eu ter um paciente oncológico e saber que ele vai morrer. (R1)

R1 justifica a sua compreensão da morte, interpretada pelo pesquisador, como acidente no seguinte trecho:

...mas é lógico, existem pacientes que escapam, que são os de mal prognóstico e que, eventualmente, chega-se a um ponto em que eles não têm mais possibilidades de tratamento, isso acontece! (R1)

A morte então não é entendida como possibilidade prognóstica previsível e sim como um acidente ou escape. Parece haver camuflado um sentimento de impotência diante do acontecimento de morte de um paciente. Enquanto se sabe que, como afirma M. Ponty (2006):

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)

Assim sendo, fica claro que há dificuldades de comunicar ou de falar sobre as condições do paciente; enquanto este, por sua vez, já vivencia a possibilidade de morte, mesmo que não possa falar com outras pessoas, especialmente com seu médico.

4. Construção da identidade do sujeito: a dimensão ética do ser médico.

“O homem que tem um belo êthos, que pode ser admirado e citado como exemplo, é alguém que pratica a liberdade de uma certa maneira”.
(Foucault)

É no âmago do significado da ética e na abertura de possibilidades que se pode viver as experiências éticas na dialética da subjetividade/intersubjetividade/objetividade do mundo em relações de reciprocidade, solicitude e zelo. Sendo assim, os participantes apresentaram as seguintes reflexões:

Eu não me acho impotente, se você fez tudo o que a medicina conhece até então; estiver com a consciência limpa que você tentou tudo. (R2)

...porque a medicina às vezes trata, às vezes cura, às vezes não cura, e, às vezes alivia, pelo menos, o sofrimento. (R2)

Desta forma parece que há uma tentativa de afastamento da situação separando a medicina de si como pessoa. Pode-se observar que o lugar da ética é da responsabilidade vivida do curso que segue no “*sendo com os outros*”, buscando o sentido que o mundo faz para nós e nós para o mundo, não negando a nossa transitoriedade e, paradoxalmente, a eternidade. Eternidade na constituição da realidade do projeto mundano, que não cessa com a nossa morte, mas que está no movimento da historicidade. (BICUDO, 2010)

Neste ser com o outro implicado pela ética entendida como “*consciência limpa*” relata:

Nós nos envolvemos com o paciente, não tem mais como ser como antigamente, que o paciente não podia ter contato com o profissional. (R1)

Mesmo assim, R1 prefere uma relação de não contato e de não precisar se envolver, o que não é um ser com o outro. Já o sentido pleno do “*eu sou*” é o fenômeno composto do ser no mundo junto das coisas com e afim de outros, cujos elementos são todos co-originários e irreduzíveis. É essencial notar que ocupar-se é um deixar ser, deixar surgir, manifestar-se, portanto, o exato oposto de qualquer intervenção violenta no existir.

Da mesma maneira, o ser-com-a-fim-de-outros é sempre, na origem, um movimento de abertura de possibilidades para o outro, um cuidar. De novo o exato oposto do matar. (LOPARIC, 2003, p. 60- 61).

E ser médico ético só é possível para quem conseguiu desenvolver, na sua prática profissional, a liberdade de transitar pelos diferentes espaços e situações a partir das reflexões sobre as normas de condutas pré-estabelecidas, ou seja, a partir da moral contextualizada, da sua moral pessoal e do código de ética da medicina, por isso é possível dizer:

...eu faço hemato há mais de trinta anos. (R1)

Nesta fala pode-se pensar também nas mudanças ocorridas ao longo de sua trajetória profissional, no que diz respeito aos impactos dos aspectos sócio-políticos e culturais acolhidas pela dimensão ética do ser enquanto atribuidor de significados que possibilita até escolher para quem fala sobre a morte de uma paciente:

Eu falei para o marido e para a filha dela que eu faria o que fosse possível, mas que não teria mais jeito. (R1)

Até mesmo porque:

Eu acho que é mais técnica que vai se desenvolvendo com o tempo e que ninguém ensinou; ninguém nunca parou para me dizer como é que eu tinha que agir com isso! (R3)

E este modo de ser de R1 transcende a questão temporal e espacial da formação acadêmica, no sentido de que este modo de ser está implicado diretamente no modo como se lida com a própria subjetividade, dentre outros fatores. M.Ponty (2006) ajuda a compreender:

[...] 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)

E por mais que as mudanças já mencionadas estão implicadas no fazer cotidiano do médico e que, inevitavelmente, exige outras posturas diante de pacientes, seus diagnósticos e prognósticos R1 poderá ter dificuldade para produzir diferentes diálogos intersubjetivos, isso se evidencia na sua fala:

Hoje nós falamos com eles, ficamos próximos deles, falamos para ele sobre o que está acontecendo com ele; ele sabe do quadro clínico e da sua situação, mesmo porque hoje nós temos a internet e outros meios de comunicação. (R1)

Eu tenho uma postura hoje que é diferente de um ano atrás. (R4)

Então, eu já sofri muito mais do que agora! Acho que eu estou mais serena neste manejo. (R4)

Atualmente existe o código de direitos do paciente que lhes garante o direito de saber sobre o seu quadro clínico. Comumente, eles são submetidos aos procedimentos e mudanças tecnológicas que são apresentadas pelo médico. Pode-se pensar que, independentemente das mudanças e avanços tecnológicos, possibilita outros modos de comunicação, como apontados por M.PONTY (2006):

[...] 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).

Sendo assim, é fundamental o diálogo intersubjetivo do médico com o seu paciente permeado pelas questões éticas que norteiam esta relação de cuidado, e:

Acho que uma das principais coisas que nós podemos fazer é escutar também; escutar esses pacientes! Na maioria das vezes, às vezes, nós não temos tempo, é muito complicado! (R4)

Assim, acho que eu, não me gabando, mas eu sou uma médica que tem uma escuta melhor do que muitos colegas que eu conheço e isso faz diferença, com certeza! (R4)

Fica claro no relato de R4 a possibilidade da fala e da escuta do médico como diálogo intersubjetivo e humano com o paciente. A literatura mostra que a comunicação entre equipes, pacientes e familiares é algo muito complicado por se tratar, muitas vezes, da notificação de más notícias o que acaba por mobilizar as pessoas envolvidas no cuidado. Sendo assim, evidencia-se a necessidade da qualificação dos profissionais para lidar com paciente à beira da morte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“... não se preocupe em entender
viver ultrapassa qualquer entendimento...”*

(Clarice Lispector)

Nesta etapa do estudo pode-se refletir sobre o que acontece no encontro do médico com a morte do seu paciente. É possível dizer que, a partir da análise das categorias, o encontro se dá de diversas formas, principalmente pelo distanciamento relatado pelos participantes ao lidarem com a morte de seus pacientes, tida e entendida como imprevisível em alguns casos ou como uma dificuldade de comunicação, deficiência provinda da formação médica.

Podemos pensar que a estrutura do fenômeno reside na ausência de diálogo e pela dificuldade de lidar com os próprios sentimentos e emoções emergidas no processo de perda por morte de seu paciente e por tocar nas questões pessoais do profissional pela própria condição de ser finito e de ter que lidar inevitavelmente com ela. O momento da morte de um paciente remete a uma situação que nenhum mecanismo técnico impediria o seu acontecimento totalmente e isso desestrutura o médico que não aprendeu a ser humano na sua formação e prática profissional.

Sendo assim, este modo evitativo relatado pelos participantes de lidar com as mortes presentes no seu cotidiano de trabalho interfere na forma como se lida com seus pacientes ainda em vida, como forma camuflada de lidar com o final da vida destes que são vistos como mortos em alguns casos ou como a quem não vale mais investir

As implicações éticas neste processo se evidenciam no modo humano de viver em sociedade e da necessidade de regulamentar os comportamentos individuais, grupais e institucionais em normas e padrões que assegurem uma convivência justa.

É preciso aprofundar-se nas concepções ontológicas e antropológicas que trazem consigo a questão da ética, entendida em termos de um *êthos* sócio/histórico/cultural e de valores que

refletem esse *êthos*, como o bem, o conhecimento, o belo, o justo... Neste sentido, faz-se necessário enfatizar a questão da ética no cuidado do ser humano até o final da vida.

A ética nos lembra princípios, valores e normas que servem de base para o comportamento humano. E esta reflexão sobre a ética contribuiu para esclarecer sobre a importância dela neste processo, visto que a formação profissional está nela fundamentada, que visa o desenvolvimento de competências e autonomia do médico não só na realização dos procedimentos para cura, mas também para o cuidado humanizado.

A escolha do método fenomenológico foi oportuna neste estudo por possibilitar que os entrevistados relatassem livremente sobre a questão a eles dirigida, sobre o modo como lidam com a proximidade da morte do seu paciente e quanto aos sentimentos e emoções emergidas deste processo, o que podemos entender como via de acesso à estrutura do fenômeno. M.Ponty (2006) salienta que:

Buscar a essência da consciência não será, portanto, desenvolver a *Wortbedeutung* consciência e fugir da existência no universo das coisas ditas; será reencontrar essa presença efetiva de mim a mim, o fato de minha consciência, que é aquilo que querem dizer, finalmente, a palavra e o conceito de consciência. Buscar a essência do mundo não é buscar aquilo que ele é em idéia, uma vez que o tenhamos reduzido a tema de discurso, é buscar aquilo que de fato ele é para nós antes de qualquer tematização. (p. 13)

Portanto, o que importa para o método fenomenológico é esse conteúdo emergido antes da construção de qualquer teorização, que nos diz do que é estrutural das falas dos sujeitos enquanto atribuidores de significados das suas vivências. Neste caso, a morte é vivenciada como evitação e vista de forma acidental.

Outra compreensão possível de ser evidenciada é a questão da formação do profissional de saúde que nem sempre aborda o tema da morte e do morrer em suas grades curriculares. Costa (2005) aponta que:

As propostas de melhora devem estar voltadas para as instituições de formação. As mudanças necessitam ocorrer simultaneamente nas escolas e nas instituições hospitalares, ou seja, as escolas deveriam preparar seus alunos para atuarem com a vida e a morte nos hospitais, enquanto que as instituições hospitalares poderiam, com o auxílio da educação permanente, ajudar os profissionais a realizarem reflexões sobre o luto e a buscarem medidas que previnam a *Síndrome de Burnout*. (p. 157)

É necessário repensar a formação médica no que diz respeito ao modo como lidar com pacientes em fase avançada da doença e iminência de morte. Uma formação que possibilitasse estratégias de compartilhamento da condição humana e não somente o aperfeiçoamento de técnicas.

Pode-se pensar que o encontro do médico com a morte do seu paciente, enquanto encontro humano, só seria possível ao recuperar a dimensão humana perdida no tempo e no espaço científico e tecnológico da contemporaneidade; encontro este que suportaria e acolheria a nossa condição humana de ser finito.

Apontar para a questão médica nos faz pensar no quanto este profissional também é humano e precisa ser olhado e cuidado. Os psicólogos podem ajudar neste processo, no que diz respeito à intervenção para os profissionais da saúde, como por exemplo, abertura de espaços para escuta e outras possibilidades de expressão dos sentimentos vivenciados, provindos dos cuidados às pessoas gravemente enfermas. Importante salientar que outras formas de cuidado precisam ser pensadas na atualidade.

Assim sendo, permanece a possibilidade de novos estudos que abordem e criem programas de intervenção específicos para médicos como forma de acolhimento ao sofrimento mencionado e que pode interferir e prejudicar a atuação deste profissional. É fundamental que se pense no profissional da saúde nos dias atuais, os quais também precisam ser cuidados. É preciso também cuidar de quem cuida!

O método fenomenológico possibilita uma maior aproximação das vivências humanas do sujeito como atribuidor de significados e que, numa análise mais radical, permite que com poucos participantes, neste caso, quatro, chegar à estrutura do fenômeno, apresentado como dificuldade de lidar com o fim da vida e perda do paciente por esbarrar nas questões estruturais e humanas do profissional.

Merleau-Ponty (1996) refere-se à importância do mundo vivido. Segundo ele, “tudo aquilo que sei do mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir de uma visão minha ou de minha experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada” (p. 3). É preciso compreender como o médico vê seu trabalho diante da morte para podermos saber como ele se posiciona e como é para ele, enquanto ser finito também, estar diante da morte. M.Ponty (2006) aponta que:

Talvez se responderá ainda que a análise reflexiva não apreende o sujeito e o objeto apenas “em idéia”, que ela é uma experiência, que, ao refletir, eu me recoloco neste sujeito infinito que eu já era, e recoloco o objeto nas relações que já subentendiam, e que enfim não convém perguntar de onde extraio essa idéia do sujeito e essa idéia do objeto, já que elas são a simples formulação das condições sem as quais não haveria nada para ninguém. (p. 296)

Não se deseja conhecer o comportamento dos médicos frente à morte, mas como eles se sentem diante disso. Nesta perspectiva de que o mundo é aquilo que nós percebemos, tem-se também que os significados que a ele atribuímos podem mudar; eles são fluidos, uma vez que se considera, nessa perspectiva, que o sentido do ser está sempre em movimento. Assim, se o ser muda, muda também sua percepção do mundo. Segundo M. Ponty (2006):

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).

Assim posto, só nos resta pensar, imaginar e refletir sobre como as pessoas morrerão e lidarão com as suas perdas nas próximas décadas, séculos, milênios... A vida ensina que o ser humano é muito maior do que a linguagem pode descrever e mais fundo do que o olhar pode enxergar; e que às vezes ela é mágica, às vezes trágica, constantemente inconstante, mas sempre surpreendente.

“A saudade é o bolso onde a alma guarda aquilo que ela provou e aprovou”.

(Rubem Alves)

SINTO SAUDADES

*Sinto saudades de tudo que marcou a minha vida.
Quando me lembro do passado, eu sinto saudades...
Sinto saudades de amigos que nunca mais vi,
de pessoas com quem não mais falei ou cruzei...*

*Sinto saudades do presente, que não aproveitei de todo,
lembrando do passado e apostando no futuro...
Sinto saudades do futuro que, se idealizado,
provavelmente não será do jeito que eu penso que vai ser...*

*Sinto saudades de quem me deixou e de quem eu deixei!
De quem disse que viria e nem apareceu; de quem apareceu correndo,
sem me conhecer direito, de quem nunca vou ter a oportunidade de conhecer.
Sinto saudades dos que se foram e de quem não me despedi direito!
Daqueles que não tiveram como me dizer adeus...*

*Sinto saudades de coisas que tive e de outras que não tive, mas quis muito ter!
Sinto saudades de coisas que nem sei se existiram.
Sinto saudades de coisas sérias, de coisas hilariantes, de casos, de experiências...
Sinto saudades dos livros que li e que me fizeram viajar,
dos discos que ouvi e que me fizeram sonhar...*

*Sinto saudades das coisas que vivi e das que deixei passar, sem curtir na totalidade.
Quantas vezes tenho vontade de encontrar não sei o que... Não sei onde...
Para resgatar alguma coisa que nem sei o que é e nem onde perdi...
Vejo o mundo girando e penso que poderia estar sentindo saudades...*

*Ela é a prova inequívoca de que somos sensíveis!
De que amamos muito o que tivemos e lamentamos as coisas boas
que perdemos ao longo da nossa existência...*

(Clarice Lispector)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, A. N. O. (2009). *A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de medicina da UFRN – Natal – RN – Brasil*. **Rev. A humanização e a formação médica**.

ARIÈS, P. (2003). *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro. (Priscila Viana de Siqueira – trad.).

AYRES, J. R. C. M. (2004). *O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde*. **Rev. Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.16-29**.

AZEREDO, N. S. G. (2007). *O acadêmico de medicina frente à morte: questões para se (re)pensar a formação*. [dissertação]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

AZEVEDO, C. C. (2009). *O humanismo na perspectiva de estudantes de Medicina da UFAL*. **Rev. Bras. de Ed. Médica. 33 (4): 586 – 595**.

BLEGER, J. (1984). *Psico-higiene e psicologia institucional*. (E. de O. Diehl, trad.) Porto Alegre; R.S.: Artes Médicas. (trabalho original S/D)

BICUDO, M. A. V. (1994). *Fenomenologia, avanços e confrontos* – **Rev. Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: SE&PQ.

BICUDO, M. A. V. (2000). *Fenomenologia: confrontos e avanços*. São Paulo: Cortez Editora.

BICUDO, M. A. V. (1982). *Fundamentos éticos da educação*. São Paulo: Cortez Editora & Autores Associados.

- BICUDO, M. A. V. (2004). *Tempo, tempo vivido, história*. Bauru: EDUSC.
- BROMBERG, M. H. P. F. et al. (1996). *Vida e morte: laços da existência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- CAMON, V. A. A. (1984). *Psicologia hospitalar: atuação do psicólogo no contexto hospitalar*. São Paulo: Traço.
- CANO, D. S. (2008). *O profissional que está no fio – entre a vida e a morte: vivências, concepções e estratégias de enfrentamento psicológico de médicos oncologistas*. [dissertação]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina.
- 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. A. *Vida e morte, laços das existência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- CASELLATO, G. (2005) (Org.). *Dor silenciosa ou dor silenciada? Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade*. São Paulo: Livro Pleno.
- CHAUÍ, M. (1994). *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática.
- CORTINA, A. & MARTINEZ, E. (2005). *Ética*. Trad. Silvana Cobucci Leite. São Paulo: Loyola.
- ESSLINGER, I. (2004). *De quem é a vida afinal? Descortinando os cenários da morte no hospital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- FERNANDES, C. S. (2004) *Refletindo sobre o aprendizado do papel de educador no processo de formação do enfermeiro*. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, jul-ago, **v.12 n.4**.

FERREIRA, I. L. M. (2007). *A humanização da medicina no Brasil: reflexões*. **Rev. Ass. Med. Bras.** **53(3): 189-207.**

FLAUZINO, C. J. (2005). *Crônica de uma morte anunciada: o processo de morrer na fala dos pacientes oncológicos em fase avançada da doença e seus familiares*. [monografia] São Paulo: Universidade Santo Amaro.

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

FORTE, D. N. (2011) *Associações entre as características de médicos intensivistas e a variabilidade no cuidado ao fim de vida em UTI* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 115 p.

LOPARIC, Z. (2004) *Ética e Finitude*. São Paulo: Editora Escuta.

OGUISSO, T. & ZOBOLI. (2006) *Ética e Bioética: desafios para a enfermagem e a saúde*. Ed. Manole.

OGUISSO, T. & SCHMIDT, M. J. (2007) *O Exercício da Enfermagem: a abordagem ético-legal*. 2ª ed. Ed. Guanabara Koogan.

KOVÁCS, M. J. (2003). *Educação para a morte. Desafio na formação de profissionais da 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. (2008). *Desenvolvimento da tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer*. **Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil. Disponível em www.scielo.br/paideia. Paidéia, 18(41), 457-468.**

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

KOVÁCS, M. J. (1999). *Pacientes em estágio avançado da doença, a dor da perda e da morte*. In CARVALHO, M. M. J. (Org.). *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus, p. 318-337.

KLUTH, V.S. (2005) *Estruturas da álgebra - Investigação fenomenológica sobre a construção do seu conhecimento*. [tese]. Rio Claro: Instituto de Geociências e Ciências Exatas. UNESP.

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, 5º ed.

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

MERLEAU-PONTY, M. (2006). *Fenomenologia da percepção*. Trad. Carlos A. R. de Moura. São Paulo: Martins Fontes.

NADER, M. G. (2009). *O estudante de medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer*. **Rev. Brasileira de Educação Médica**.

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

POKLADEK, D. D. (2004). *A fenomenologia do cuidar – práticas dos horizontes vividos nas áreas da saúde, educacional e organizacional*. São Paulo: Vetor.

QUINTANA, A. M. (2006). *Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal*. **Rev. Paidéia**, 16(35), 415-425.

QUIRINO, G. G. (2007). *O médico diante da morte na urgência e emergência: reflexões sobre o “ser” médico*. [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

SALOMÉ, G. M. (2009). *Sala de Emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde*. **Rev. Bras. Enferm. Brasília**, set-out; 62(5): 681-6.

SILVA, G. S. N.; AYRES, J. R. C. M. (2007). *A construção do “ser médico” e a morte: Significados e implicações para a Humanização do cuidado*. Artigo. **Rev. ATELIÊ DO CUIDADO**.

SILVA, G. S. N. (2006) *A Construção do “ser médico” e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado*. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 276 p.

VIANNA, A; PICCELLI, H. (1998). *O estudante, o médico e o professor de medicina perante a Morte e o paciente terminal*. **Rev. Ass. Med. Brasil** 44(1): 21-7 21. **Hospital Universitário de Brasília; Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, DF**.

ANEXO I:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, desta pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é o do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma e você será tratado da mesma maneira.

Será realizada uma entrevista como parte da pesquisa de mestrado intitulada: **“O QUE ACONTECE NO ENCONTRO DO MÉDICO COM A MORTE DO SEU PACIENTE”** sob orientação da Profa. Dra. Maria Julia Kovács e tem como objetivos: Conhecer o que existe de estruturante nesta relação entre humanos no encontro do médico com a morte do seu paciente; desvelar os sentimentos que emergem no profissional médico no processo de cuidado do paciente oncológico em fase avançada da doença; Conhecer como os médicos lidam com os seus sentimentos no processo de perda por morte dos seus pacientes; e Compreender o sentido, para o médico, do processo de morte do paciente oncológico em fase avançada da doença.

E o objetivo desta entrevista é estritamente acadêmico e para fins didáticos, não havendo nenhuma outra finalidade.

A entrevista deve durar aproximadamente 30 minutos, dependendo da sua disponibilidade, que é o que será requisitado pelo pesquisador e será gravada em áudio, sendo que as gravações ficarão arquivadas com acesso restrito ao pesquisador responsável e sem identificação pessoal dos entrevistados.

Vale salientar que a participação é voluntária e a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento, sendo que a não autorização para o uso de parte ou de todo o material para a pesquisa não implica que você não será validado neste estudo. Além disso, o sigilo está garantido e sua identidade não será revelada sob nenhuma hipótese.

O material coletado na pesquisa poderá ser utilizado em uma futura publicação em livro e/ou revista científica, mas, novamente, reforçar-se o sigilo, pois em nenhum momento sua identidade será revelada.

A pesquisa não trará nenhum risco a você e nem oferecerá alguma vantagem e/ou desvantagem financeira. E caso seja necessário um encaminhamento para algum atendimento psicológico em função de algum dano gerado pela entrevista, ele será feito pelo pesquisador e será oferecido de forma gratuita.

Qualquer dúvida, entrar em contato com o pesquisador responsável **Candido Jeronimo Flauzino**, psicólogo – CRP 06/73572, pelo celular (11) 8648-8677 e/ou pelo e-mail: candidoj.f@usp.br ou diariamente no **Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP** (Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Bloco F, Sala 22, Cidade Universitária – São Paulo – SP – Fone: (11) 3097-0529 – e-mail: ceph.ip@usp.br).

Maria Julia Kovács

Professora do IPUSP – PSA

Candido J. Flauzino

Aluno Regular da Pós-Graduação
do IPUSP – PSA

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA NA PESQUISA

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo, acima mencionado, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador **Candido J. Flauzino** sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

São Paulo, ____ de _____ de 2011.

Nome Completo do Participante

Assinatura do Participante