



Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

O ONCOLOGISTA CLÍNICO DIANTE DA MORTE: IMPLICAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DO CUIDADO

Christine de Medeiros Francilaide Campos Lucena

Natal

2011

Christine de Medeiros Francilaide Campos Lucena

O ONCOLOGISTA CLÍNICO DIANTE DA MORTE: IMPLICAÇÕES PARA A
PRODUÇÃO DO CUIDADO

Dissertação de mestrado elaborada sob orientação da Prof.^a Dr.^a Geórgia Sibeles Nogueira da Silva e coorientação da Prof.^a Dr.^a Maria Helena Pereira Franco apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção de título de “Mestre em Psicologia”.

Natal

2011

Catálogo da Publicação na Fonte.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA).

Lucena, Christine de Medeiros Francilaide Campos.

O oncologista clínico diante da morte: implicações para a produção do cuidado / Christine de Medeiros Francilaide Campos Lucena. – 2011.

230 f. -

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Natal.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Geórgia Sibeles Nogueira da Silva.

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Pereira Franco.

1. Oncologistas – Rio Grande do Norte. 2. Morte – Aspectos psicológicos. 3. Cuidados com os doentes. I. Silva, Geórgia Sibeles Nogueira da. II. Pereira, Maria Helena Franco. III. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. IV. Título.

RN/BSE-CCHLA

CDU 159.9:612.67

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

O oncologista clínico diante da morte: implicações para a produção do cuidado

Dissertação apresentada à banca examinadora:

Prof. Dra. Elaine Gomes dos Reis Alves (USP)

Prof. Dr. Francisco Edilson Leite Pinto Júnior (UFRN)

Profa. Dra. Geórgia Sibeles Nogueira da Silva (UFRN)

Dedico este estudo com todo meu amor e saudade:

À Ângela Cavalcanti do Amaral (Tia Nanja).

No primeiro ano do curso de psicologia, quando mal sabia que área escolher e o que fazer, tive a oportunidade cuidar de você naquela situação de doença. Aquele momento único me proporcionou o primeiro contato com toda esta problemática ligada à doença oncológica, à vida e ao morrer com dignidade. Que momento doloroso! Contudo fez com que eu pudesse elaborar muitas questões, despertando em mim o desejo de dar assistência a pacientes e familiares que passam por situações semelhantes.

Minha linda, obrigada por tudo!

Agradecimentos

A Deus por toda a luz concedida ao longo de toda a minha trajetória na vida, acompanhando-me em tudo, e por ter-me conduzido na realização deste estudo.

À professora Dra. Geórgia Sibebe Nogueira da Silva, por ter acreditado em mim e abraçado, junto comigo, esta questão a ser estudada. Por toda a sua paciência, dedicação, companheirismo, amizade e respeito. A minha gratidão por ter-me ajudado a tornar realidade este sonho. Saiba da minha grande admiração por você.

Aos oncologistas que participaram da minha pesquisa, pois, sem a sua colaboração, eu não teria chegado até aqui.

A José Lucena da Costa Neto, meu marido, por todo o suporte, amor, compreensão e estímulo dirigidos a mim, dia após dia.

Aos meus pais, Francisco Francilaide Campos e Maria Ângela de Medeiros Campos, pelo seu amor incondicional, por todo o investimento, apoio e cuidado em toda a vida.

Aos meus queridos irmãos, Virgínia e Ângelo! Saibam que tê-los, ganhar de vocês o carinho e apoio faz toda a diferença.

A família que adquiri: Cláudia Rejane de Abreu e Cléber de Albuquerque Lucena (meus sogros), e a Maria Neide Silva de Abreu por todo o incentivo ao longo deste período.

A Ana Cláudia Araújo Gomes Meira Lima de Medeiros, minha grande amiga, por todo o seu carinho.

A Márcia Toscano de Medeiros Rodrigues, pelas sugestões e pelos conhecimentos compartilhados.

Ao Dr. Francisco José Assi Meira Lima, amigo, diretor do departamento médico do TJ-RN, e aos meus demais amigos desse departamento, por toda a compreensão e auxílio, que fizeram toda a diferença e possibilitaram a realização deste trabalho.

A Leonardo Menezes e Leonardo Martins, companheiros nesta jornada acadêmica, pelas trocas e reflexões que contribuíram para a realização deste estudo.

A Lis Helena Ashermann Keuchegerian, pelas trocas ao longo deste percurso; sua amizade é muito especial.

A Edileuda Rego, por ter estado comigo ao longo desta trajetória.

A Michele Esmeraldo, pelo companheirismo nas disciplinas e pelo presente de sua amizade.

Sumário

Lista de figuras	ix
Lista de tabelas	x
Lista de siglas	xi
Resumo	xii
Abstract	xiii
1. Introduzindo e justificando	14
2. Objetivo	25
3. Percurso metodológico	26
3.1 Quadro Teórico	26
3.1.1 A hermenêutica	30
3.2 Estratégias operacionais da pesquisa	34
3.2.1 Sujeitos pesquisados e o lugar da pesquisa	34
3.2.2 Instrumento de coleta de dados	35
3.2.2.1 A entrevista	35
3.2.2.2 Sobre o uso de “cenas”	36
3.2.3 Tratamento e análise dos dados	36
3.2.3.1. A construção das categorias	38
3.2.4 Análise de riscos, benefícios e medidas de proteção	47
3.2.5 Aspectos éticos	48
3.2.6 O estudo-piloto da pesquisa	49
3.2.7 A realização do campo propriamente dito	50
4. A Prática Médica	52
5. A Medicina e a Oncologia	68
5.1 Concepções sobre a medicina	68
5.2 A escolha	76

5.3. O ser oncologista: entre o técnico e o humano	85
6. A Morte na Medicina: entre a naturalização e o desejo de vencê-la	96
6.1 O Homem, a morte, e a medicina	96
6.2 Concepções sobre morte	115
6.3 Concepções sobre o papel do oncologista no enfrentamento da morte	123
6.3.1 Concepção 1: evitar ao máximo a chegada da morte	124
6.3.2 Concepção 2: promover qualidade de vida/morte	127
6.3.3 Concepção 3: Cuidar do paciente até o fim	130
7. Os desafios do oncologista diante da morte	133
7.1 O sofrimento do oncologista diante da dor de não curar	134
7.2 A comunicação das más notícias	149
7.3. Diante da terminalidade, mais um desafio: de cuidar até o fim	158
7.4. O cuidado com a dor do cuidador	184
8. Considerações finais	200
9. Referências	208
10. Apêndices	221

Lista de figuras

Figura		Página
1	Concepções dos entrevistados sobre Oncologia	86
2	Concepções dos entrevistados sobre Morte	118

Lista de tabelas

Tabela		Página
1	Processo de construção das categorias temáticas	39
2	Processo de construção dos capítulos	43
3	Síntese dos entrevistados	51

Lista de siglas

ABCP	Associação Brasileira de Cuidados Paliativos
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
LELu	Laboratório de Estudos do Luto da PUC-SP
IAHPC	International Association for Hospice and Palliative Care
InCor	Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina
HFMUSP	da Universidade de São Paulo
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Resumo

Na contemporaneidade muito se fala das angústias do homem frente à morte, dos pacientes com câncer em estado terminal, e, muito pouco dos sentimentos, e formas de enfrentamento do profissional da medicina que lida com essa situação, especificamente o oncologista clínico. Este estudo tem como objetivo compreender a vivência de oncologistas clínicos que acompanham pacientes terminais. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, utilizando como estratégia metodológica a entrevista em profundidade, com roteiro e uso de cenas projetivas. Para análise e interpretação das narrativas recorremos à Hermenêutica Gadameriana. Os sujeitos desta pesquisa foram 10 oncologistas clínicos que trabalham em duas instituições de referência em tratamentos oncológicos no estado do Rio Grande do Norte, escolhidos a partir de uma variação quanto ao tempo de atuação na especialidade. A análise dos dados permitiu identificar as motivações dos entrevistados quanto à escolha profissional aos significados atribuídos por eles ao ser oncologista a busca pelo técnico/científico e o humano. Suas concepções sobre morte realçam os aspectos existenciais e transcendentes, como sofrimento, descanso e religião. Os papéis desejados para o enfrentamento do processo de morte de um paciente elencados foram: evitar ao máximo a chegada da morte; promover qualidade de vida/morte e suporte emocional, estabelecendo uma comunicação eficiente e cuidar do paciente até o fim. Por sua vez o cotidiano com a morte os desafiam a lidarem com as dificuldades do não curar, do comunicar a notícia ruim, e com o desejo de cuidar até o fim de seus pacientes. Por fim, ressalta-se a necessidade do cuidado com a dor desses profissionais, por entender que a maneira como eles lidam com a morte pode interferir na produção de cuidado ao paciente. Espera-se que este estudo possibilite pistas capazes de promover uma melhor qualidade na produção do cuidado de todos os envolvidos nesse processo: profissionais, pacientes e familiares.

Palavras-chave: oncologista clínico, morte, pacientes terminais e cuidado.

Abstract

It is undeniable that all the extraordinary technological advances in contemporary society have increased the severe patients' expectation and quality of life, especially cancer patients. On the other hand, it is easily verifiable by many researches that it was not possible to advance in the same proportion in caring for the human experience of death. Much is said about the anguish of a man facing death, of cancer patients in terminal stage, about their families, and very little about the feelings, anxieties and ways of coping with the medical professional who deals with this situation, specifically the clinical oncologist. Little is known about the experience of the doctor who has learned to take death as an enemy to be defeated, and increasingly is compelled to live at length with his advertisement. However, we started to watch in recent years a growing interest of researchers in this issue. This study seeks to add to this interest in order to understand the experience of clinical oncologists that accompany dying patients, the meanings they attach to death, ways of coping and the implications for providing care. This is a qualitative study in which was used as a tool for data collection an in-depth interview with the projective using script and scenes. *Gadameriana Hermeneutics* was used for analysis and interpretation of narratives. The subjects were 10 clinical oncologists who work at two institutions from cancer treatments in the state of Rio Grande do Norte, chosen from a variation in the time working in the specialty (minimum of one year, even old ones). However, you can bring some initial results for the dialogue. It was found that the death is still a topic that causes many difficulties in the daily lives of these professionals, the choice for oncology involves dealing with death without preparation in medical education; being close to the patient in the final moment, supporting the family, coping with own pain of loss and the inability to heal. These are central elements of the narratives. We also have investment in medical training and continuing education in setting up a demand that permeates the discourse of participants. Being able to listen to the subjective world of clinical oncologists will support the work not only for them as other professionals who deal with patients with advanced cancer, providing evidence to understand to what extent the meanings attributed to its know-how before patients on the verge of death interfere with the production of care and allow identify coping strategies in everyday life of these professionals that hinder or facilitate coping with death, promote or preclude the care with others and with themselves. It is hoped that research can contribute to the field of knowledge about the know-how in clinical oncology and their terminal-care-death oncologist-patient relationships, bringing runways capable of promoting a better quality of care in the production of all involved in this process: professionals, patients and families.

Keywords: Clinical Oncologist. Death. Dying. Care.

1. Introduzindo e justificando

“Da morte nada sabemos. Só sabemos as histórias contadas do lado de cá, palavras que sobre elas colocamos, a fim de torná-la uma presença. Quem não fala sobre a morte, acaba por esquecer a vida, morre antes, sem perceber (...)”
(Rubem Alves).

Inicia-se este estudo com um caso fictício, idealizado a partir das observações da prática cotidiana da autora. Ele expressa o tema desta dissertação, que revela a dificuldade de um médico oncologista ao acompanhar seu paciente que está em fase terminal e lidar com todas as vicissitudes inerentes à morte e ao morrer.

Jorge, 40 anos de idade, está atualmente com 10 anos de formação em oncologia clínica e trabalha em um hospital particular de renome em sua cidade. Ele lembra com clareza o dia em que recebeu a ligação de um colega pediatra para falar a respeito de um paciente de oito anos de idade chamado Tiago. A criança havia chegado ao pediatra com crescimento de massa no pescoço. O referido profissional solicitou uma biópsia, que revelou tumor de células germinativas. Na investigação clínica, foi percebido também que a criança só tinha um testículo. Foi realizada uma tomografia, que demonstrou a presença de um testículo intra – abdominal com tumoração de

grande volume e disseminação da doença com múltiplas massas linfonodais. Dr. Jorge realizou múltiplas sessões de quimioterapia, havendo uma diminuição da tumoração testicular e das metástases linfonodais; em seguida, encaminhou-o para o cirurgião oncológico para a retirada de massas residuais. A peça cirúrgica confirmou a hipótese de um tumor maligno de testículo com disseminação linfática. Na visita de Tiago e seus pais ao Dr. Jorge, após o resultado de exame da peça cirúrgica, ele resolveu complementar o tratamento com mais sessões de quimio e radioterapia, com o objetivo de diminuir as chances de recidiva da doença. Um ano após o tratamento, em visita para acompanhamento da doença, o exame de tomografia revelou recidiva no abdômen e no pulmão. Dr. Jorge ficou extremamente chateado, em virtude de ser uma doença que apresentava grandes chances de cura com o tratamento realizado. O que teria acontecido? O tratamento não havia respondido? O que ainda poderia ser feito? Mas, ao mesmo tempo, estava ciente de que as chances de cura eram inexistentes. Tudo o que poderia ser feito havia sido feito: quimioterapia, cirurgia, radioterapia. Tudo que existia já havia sido realizado. Enquanto todos esses questionamentos lhe passavam pela cabeça, a mãe do menino perguntava sobre o uso do cogumelo do sol e da babosa, o que muito o irritava, sem poder transparecer, porém, aquele misto de frustração e indignação. Solicitou exames como forma de ganhar tempo para poder estudar o caso e ver se havia algo de novo na medicina que pudesse ser feito. No dia do retorno à consulta, os pais de Tiago chegam altamente apreensivos, já que estava sendo difícil lidar com a incerteza e a não possibilidade de tratamento. Uma avalanche de perguntas era feita ao Dr. Jorge: “Dr., pela sua experiência, o que o Sr. acha? Será que o nosso filho se cura desse câncer?”; “Qual o próximo passo, o que podemos fazer ainda?”; “E o Dr. Jorge, extremamente impactado, sente uma enorme dificuldade de falar para os pais da criança a real situação. O que fazer?”. Após ampla revisão da literatura, ele

chegou à conclusão de que não havia mais tratamento curativo; restava-lhe somente amenizar os sintomas e cuidar da deterioração do paciente. Como é que ele poderia ser vencido por um câncer de testículo, justamente uma patologia em que se tem cura em 90% dos casos? A evolução da doença foi rápida e, após seis meses, ele se encontrava internado no hospital, necessitando de ajuda para realizar as atividades mais corriqueiras; a alimentação se dava através de uma sonda nasogástrica. Era necessário o amparo de familiares e, em pouco tempo, ele se encontrava limitado ao leito. O Dr. Jorge não tinha mais motivação para realizar suas visitas. A cada contato com Tiago e sua família, quando se deparava com a piora progressiva do quadro, ele ficava muito abalado emocionalmente; a doença não tinha minado as forças do paciente, mas as do próprio médico. Nos últimos dias, ele torcia para que a morte chegasse e trouxesse alívio não só a Tiago e a sua família, mas a si próprio. Os pais de Tiago tentavam conversar tanto entre si sobre o assunto, como com o Dr. Jorge; mas era sempre muito difícil. Tinham medo de falar sobre a morte; não admitiam tal possibilidade. Sempre que se falava sobre o agravamento do quadro, diziam: “mas ele não vai morrer dessa doença, nós confiamos no Sr. abaixo de Deus, só o Dr.”. E, na verdade, o Dr. Jorge também estava muito impactado com a piora do paciente, pois era o primeiro que evoluíra de maneira tão ruim. Ele não sabia o que dizer ao paciente e à família; então evitava o contato prolongado com todos eles. Ele fugia da família para não ter que falar sobre a morte iminente. A aparente frieza do médico escondia sua própria dor. Dr. Jorge fazia constantes reflexões a respeito deste caso; refazia o percurso desde o momento inicial até o momento atual para ver se achava algo que poderia ter sido feito diferente, e não conseguia identificar nada. Racionalmente ele sabia que tudo estava sendo feito, mas, emocionalmente, não conseguia aceitar a situação. Chega o dia do óbito do paciente. Dr. Jorge se sente como se tivesse levado

um “soco no peito”; ele não admitia que uma criança tivesse aquele desfecho e não conseguia aceitar de forma alguma a situação. Esse momento coincidiu com sua saída de férias, momento importante para que ele se distanciasse dos pacientes e para sua recuperação emocional. Quando retornou à rotina, estava diferente, pois havia percebido que a morte também se faz presente no seu cotidiano de trabalho e assim seguiu atendendo os seus outros pacientes, sabendo que isso poderia voltar a acontecer. Entretanto, cada vez que uma nova morte acontecia, ele não reagia com mais distanciamento do paciente e de sua família. Dr. Jorge é um profissional respeitado, bem sucedido profissionalmente, trabalha num hospital de referência em oncologia. Contudo declara que sente mais frustração do que ganhos com a escolha da referida especialidade, devido a perder tantos pacientes.

Dr. Jorge e seu paciente são personagens fictícios; no entanto esses mesmos fatos estão se desenrolando na vida de muitos médicos e pacientes em todo o mundo.

Meu trabalho como psicóloga, acompanhando pacientes terminais, possibilitou e possibilita perceber a angústia de médicos oncologistas ao se depararem com a morte, seja presenciando atendimentos, através das conversas informais, ou por meio do desabafo de alguns. Essas vivências motivaram-me para a realização deste trabalho.

O desejo de saber mais sobre as crenças, significados e atitudes dos oncologistas diante da morte; sobre o significado que atribuem ao contato com os que estão morrendo; sobre os fatores que possam facilitar ou dificultar sua prática, conhecer como lidam com as emoções são inquietudes que ganham expressão no desenhar desta pesquisa.

Muitos momentos de minha atuação contribuíram para o despertar desses questionamentos, para as sucessivas vezes em que me perguntei sobre o que significa

trabalhar tão perto da morte, no cotidiano. Na verdade, essas reflexões a respeito do contato com a morte fizeram parte do meu percurso desde a graduação em psicologia, quando tive a oportunidade de realizar o meu estágio curricular, atendendo a pacientes oncológicos, alguns fora de possibilidade de cura, sob a supervisão da professora que hoje é minha orientadora de mestrado. Desde lá, descobri que gostaria de trilhar esse percurso de cuidar daqueles que estão vivenciando seu processo de morte.

Nesse primeiro contato com os que estavam morrendo em função de um câncer avançado, observei uma grande diversidade de relatos e as diferentes maneiras de enfrentar a doença e a morte, bem como as diferentes formas de relacionamento com os seus médicos. Foram muitas e enriquecedoras as vivências junto aos pacientes, familiares e membros da equipe e, a cada novo paciente, mais um passo à frente no meu processo de amadurecimento pessoal e profissional.

Ficou claro para mim que lidar com paciente em fase terminal requer do profissional um preparo, uma presença ativa e efetiva com a humanidade e a técnica, ao mesmo tempo em que constatei que não é dada a devida importância a essas questões ligadas à morte, nem a esses profissionais que acompanham os momentos derradeiros de seus doentes.

Busquei novos conhecimentos e informações numa especialização em Psicooncologia no Instituto Sedes Sapientiae em São Paulo, a fim de aperfeiçoar meu aprendizado nesse saber-fazer diante da morte e do morrer. Procurei os cursos de Psicoterapia do Luto do LELu (Laboratório de Estudos do Luto da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo) e do 4 Estações Instituto de Psicologia-SP. No mesmo período em que estava como estudante de especialização no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor HFMUSP), participei de um trabalho sobre o Luto do profissional de

saúde, realizado no 4 Estações Instituto de Psicologia, posteriormente publicado no livro intitulado *Dor silenciada ou dor silenciosa*, organizado pela Dra. Gabriela Casellato.

Ao longo de todo esse tempo, mantive consultório numa clínica de oncologia, ou seja, continuo atendendo pacientes com câncer, seus familiares, e em contato com a equipe profissional que cuida deles. Enfim, tudo o que vivenciei, vivencio, aprendi e aprendo, faz parte da construção das ideias, constatações e inquietações presentes nesta pesquisa para o mestrado.

Assim, o presente trabalho tem a finalidade de compreender as vivências, significados e estratégias de enfrentamento de oncologistas clínicos que acompanham pacientes fora de possibilidade de cura, identificando se a maneira deles perceberem a morte interferirá no cuidado a ser produzido e dirigido ao doente.

A morte, com muita frequência, faz parte da atividade dos oncologistas e por isso o tomamos como foco para estudo e análise, considerando que cada especialidade médica é distinta uma da outra e nem em todas a presença da morte é tão constante.

Nessa direção, Graham (2000) reforça a necessidade de atividades de pesquisas que sustentem a busca pela qualidade de vida do profissional de oncologia, enfocando a carência de programas de atenção à saúde dos mesmos. Ressalta também o valor de se explorarem e conhecerem os recursos de que eles dispõem para lidar com a atividade cotidiana.

Carvalho (2002), por sua vez, acentua que os profissionais da saúde, responsáveis pelos tratamentos oncológicos, invasivos, mutiladores e agressivos lidam com grande sofrimento.

Corroboramos nossa reflexão com Cano (2008), quando ressalta a necessidade de estudar o médico, uma vez que o remédio mais utilizado e administrado na medicina

é ele próprio, que deve ser conhecido em sua posologia, reações colaterais e toxicidade. Ademais, ele tem que buscar corresponder às expectativas de dominar a morte e termina por se sobrecarregar, já que contra essa ninguém vence durante o tempo todo.

Já Kovács (1992) nos revela que a diferença entre os profissionais de saúde e as pessoas em geral é que, para os primeiros, a morte faz parte do cotidiano, podendo tornar-se companheira no trabalho diário.

Os profissionais de saúde, quando inquiridos, declaram com muita frequência uma grande frustração pela falta de previsibilidade e pela fragilidade da vida, o que faz surgirem as mais variadas formas de lidar com a morte. O afastamento e a negação podem surgir como uma forma de defesa, como uma forma de proteção da angústia, proporcionada pelas reflexões sobre a finitude.

Alencar (2005) acrescenta que, para os profissionais que atuam junto a pacientes terminais, que estão submetidos diariamente a situações de tensão diante de pacientes graves/ terminais, os quais, às vezes, morrem em suas mãos, a morte, antes de ser uma preocupação do cotidiano de trabalho, é uma preocupação pessoal, pois é difícil lidar com o fato de que somos finitos e ademais a morte do outro nos lembra a nossa.

É fato que o ser humano é o único ser que tem consciência da morte, mas o que se percebe na contemporaneidade é que ele vive como se ela não acontecesse. Buscam-se a cada dia novos projetos e vive-se como se a vida nunca fosse chegar a um final. Por outro lado, muitas vezes, quando há a possibilidade do confronto com a realidade da morte, reedifica-se o mundo presumido a partir de algumas reflexões e novos entendimentos a respeito do que ela representa.

Segundo Moritz (2007), os ocidentais, em geral, não veem a morte como parte da vida, mas sim como castigo, algo inaceitável e, portanto, assunto que deve ser socialmente evitado. Sua cultura exige que a morte seja adiada a todo custo. Entre os

medos que a envolvem, o mais comum é o de que seja dolorosa. Entretanto, ao negarmos a discussão da morte e do morrer, não podemos minimizar esse temor.

Esse exorcismo da morte em nossa cultura é um elemento estrutural da civilização contemporânea, que atende aos desejos da racionalidade médica ocidental. Vive-se num mundo que cultua corpos sãos, ativos, produtivos, reprodutivos, dentro de um sistema que objetiva a eficiência, a rentabilidade e o consumo. Portanto conceber a existência da morte é, no mínimo, difícilimo, tornando-se imprescindível exorcizá-la para que se atenda a tudo isso (Silva, 2004).

Costa e Lima (2005) ressaltam que a sociedade ocidental compreende a morte como um tabu, um tema interdito e sinônimo de fracasso profissional para quem trabalha na área da saúde.

Moritz (2007) diz que pouco se fala sobre a morte, tanto na sociedade leiga quanto no diálogo médicos pacientes. Como corolário, a falta de comunicação é apontada como um dos principais fatores negativos quanto ao relacionamento médico-paciente. A atitude do médico depende de sua cultura e treinamento profissional. Acontece que tais treinamentos não são priorizados; é melhor abafar a morte, não dá espaço para falar sobre ela.

E como apontam Quintana, Kegler, Santos, e Lima (2006), em sua maioria, os médicos fazem uma tentativa de excluir a morte do seu cotidiano. De fato, o médico pode falar racionalmente da morte; ele sabe intelectualmente que ela está à sua volta, mas o que não pode aceitar é senti-la, é que ela toque seus sentimentos, pois é somente nesse momento que será obrigado a confrontá-la como possibilidade concreta, tanto para seu paciente, como para si mesmo. A situação não poderia ser outra, uma vez que a morte deve ser recusada; deve-se, também, negar aquela parte da realidade que impede o sujeito/profissional a se defrontar com o inexorável da finitude. De fato, essa passa a

ser fonte de angústia, constituindo-se num objeto fóbico, num tema tabu, que deve ser evitado.

Na verdade, para o referido profissional, é difícil conseguir viver excluindo a morte, já que a mesma está acontecendo diariamente no seu contexto de trabalho. E como fazer para lidar com tantas perdas e mortes? “Poucas profissões têm sobre as pessoas um impacto emocional tão forte” (Moreira Filho, 2005, p. 8).

Portanto são muitos os dados da literatura que evidenciam o quanto os profissionais de saúde apresentam aspectos deficitários no que diz respeito a lidar com a morte e o morrer (Esslinger, 2004).

É importante ressaltar que, para o oncologista clínico, há dificuldades anteriores às questões ligadas à morte, há grandes preocupações com o paciente por parte desse profissional, com o convívio com o sofrimento, a insegurança ante a enfermidade, pelo fato de o câncer tratar-se de uma doença agressiva. A cada novo enfermo, mais um desafio, e o temor de insucesso depara-se com as limitações da ciência, bem como com as suas próprias, acrescidas dos receios quanto ao futuro de si mesmo; se vai conseguir como oncologista conduzir esse caso até o final, e com o futuro do paciente, se ele reagirá a toda a trajetória do tratamento, obtendo resultado satisfatório. Todas essas questões somadas às ligadas às dificuldades ligadas às perdas e à morte representam o fardo mais pesado para a atividade profissional dos oncologistas, ou seja, os fatores mais estressantes estão relacionados às emoções desencadeadas ao longo de todo esse processo.

São comuns dificuldades no exercício profissional do oncologista clínico diante de uma perda. Seria importante se ele conseguisse identificar os ganhos advindos do cuidar da dor e do sofrimento quando não se tem mais a possibilidade de cura.

Compartilhando essa preocupação, nas últimas décadas, vários autores, dentre eles, Boemer (1989), Concone (1983), Falcão e Lino (2004), Howells, Gould, e Field (1986), Klafke (1991), Kovács (1992, 2003), Lino (2003), Rappaport (1993), Rosa (1999), Sayd (1993), Silva (2006), Viana e Piccelli (1998), Zaidhaft (1990) vêm estimulando o ensino da morte nos cursos médicos e de outros profissionais de saúde. Entretanto é conhecido o fato de que tal compromisso educacional com essa temática não tem sido assumido (Silva, 2006).

A formação dos profissionais de saúde enfatiza a cura, o retorno ao ambiente domiciliar, o controle das doenças crônicas, quando, na verdade, são negligenciados conteúdos do processo do morrer, pois estes frustram os profissionais que estão preparados para os êxitos, e não para as perdas, e essas soam como insucesso.

Ao longo do tempo, os avanços tecnológicos foram cada vez mais incrementados, contribuindo para essa ideia de controle e domínio da morte, despertando nos profissionais o desejo de desafiarem-na. Enfim, novos avanços, nos últimos anos, da ciência e da tecnologia biomédica cresceram, mas, mesmo assim ainda não novas as atitudes e abordagens diante da morte e do doente no que diz respeito as intervenções terapêuticas mais adequadas frente aos que estão na iminência da morte não vêm sendo trabalhadas na mesma proporção.

Alencar (2005) se refere a uma não preocupação das universidades em qualificar pessoas para um atendimento humanizado que contemple as questões subjetivas do sujeito. Elas focam apenas na cura e no prolongamento da vida. Em consequência disso, os médicos e os enfermeiros ficam despreparados e os moribundos e suas famílias abandonados à dor e à solidão. Torna-se imprescindível ressaltar a importância do reconhecimento da terminalidade como processo humano, natural e necessário.

É fato que esse processo encontra-se em andamento; conforme demonstram os dados da pesquisa de Silva (2006), algumas iniciativas estão sendo dirigidas para a educação médica no que diz respeito à ética do cuidado no lidar com o adoecimento e a morte.

A investigação aqui proposta busca aliar-se aos esforços desses interlocutores, na tentativa de contribuir para subsidiar o trabalho não só de oncologistas clínicos, como de outros profissionais que lidam com o paciente com câncer avançado, com pacientes diante da morte. A partir da compreensão da relação dos oncologistas com os pacientes terminais, poderemos obter elementos capazes de iluminar novos modos de saber-fazer que permitam cuidar dos dois lados da relação: pacientes e familiares de um lado, profissionais do outro.

Assim, mostra-se a necessidade de pesquisas que revelem essas especificidades, que apontem caminhos novos ou consolidem caminhos conhecidos na busca de um melhor enfrentamento da morte do paciente e conseqüentemente da qualidade de vida e de atuação profissional dos oncologistas.

Enfim, diante de tantas vicissitudes de uma problemática como essa com produções científicas em crescimento, soma-se mais uma iniciativa na construção de conhecimento capaz de ser levado à sociedade e aplicado, por partir das vozes dos protagonistas dessa história – os oncologistas.

2. Objetivo

2.1. Objetivo geral

Compreender, na vivência de oncologistas clínicos que acompanham pacientes terminais, os significados que atribuem à morte, as maneiras de enfrentamento e as implicações para a produção do cuidado.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar as motivações para a escolha da especialidade em oncologia clínica e o que representa ser oncologista;
- Investigar os significados que os oncologistas clínicos atribuem à morte na sua prática profissional;
- Investigar os sentimentos que acometem os oncologistas clínicos quando estão em contato com pacientes terminais;
- Identificar aspectos que dificultam sua prática e as formas de enfrentamento que utilizam;
- Identificar os aspectos que facilitam a prática profissional dos oncologistas clínicos;
- Identificar os aspectos gratificantes para o oncologista clínico em seu cotidiano de trabalho.

3. Percurso metodológico

3.1. Quadro teórico

O presente estudo trata de uma pesquisa qualitativa em função da natureza de seu objeto. Minayo (2007) afirma que a pesquisa qualitativa é importante para compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos. Essa abordagem se preocupa em investigar um espaço mais profundo das relações e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis; aprofunda-se nos significados das ações e relações humanas, num olhar não perceptível e não captável em equações médias e estatísticas.

Na mesma direção argumenta Holanda (2006) quando afirma que os métodos qualitativos são métodos das ciências humanas que pesquisam, explicitam e analisam fenômenos. Esses, por essência, não são passíveis de serem medidos. Crenças, representações, estratégias frente a um determinado problema possuem características específicas. A abordagem qualitativa propõe-se então, a elucidar e conhecer os complexos processos de constituição da subjetividade.

O alcance da compreensão sobre a forma pela qual os oncologistas clínicos lidam com a morte em seu cotidiano de trabalho requer um percurso metodológico que possibilite a obtenção dos significados subjetivos vivenciados por tais profissionais.

O caminho teórico – metodológico escolhido é a Hermenêutica Gadameriana, surgida num continuum teórico iniciado na Fenomenologia Existencial Heideggeriana, que pode ser compreendida como uma arte de interpretar. Segundo Jesus, Peixoto e Cunha (1998), ela constitui uma possibilidade de mediação entre a verdade do nosso ser e o método da ciência.

É oportuno destacar, desde os gregos, a inquietação quanto às tentativas para a apreensão da verdade, do saber e de sua sistematização. Entre o discurso especulativo da metafísica e o raciocínio das ciências positivas, Husserl, rejeitando as concepções vigentes de método e das ciências (que não consideravam a especificidade de seu objeto, tratando-o apenas como um objeto físico ao confundirem a descoberta das causas exteriores de um fenômeno com a natureza própria deste), buscou outra via que, anterior a qualquer raciocínio, colocasse-nos no mesmo plano da realidade, das *coisas mesmas*.

Husserl propôs, assim, a fenomenologia como uma volta ao mundo da experiência, do vivido (Dartigues, 1973). Seria, então, uma ciência rigorosa, mas não exata; uma ciência eidética, que procede por descrição e não por dedução. Ela se ocupa de fenômenos, mas com uma atitude diferente das ciências exatas e empíricas. Os seus fenômenos são os vividos pela consciência, seus atos e os correlatos (Husserl, 2002).

Sendo o fenômeno o objeto de investigação fenomenológica, para aclarar seu significado retorna-se à sua etimologia: do grego *phainomenon*, significa discurso esclarecedor a respeito daquilo que se mostra para o sujeito interrogador; o verbo *phanesthai*, como mostrar-se, desvelar-se. Fenômeno é, então, tudo o que se mostra, manifesta-se, desvela-se ao sujeito que o interroga (Martins, 1990).

O resgate do sentido humano passa pelo exame rigoroso e científico da subjetividade (existencial, do mundo da vida), objetivando ir além das abordagens técnicas e metodológicas, consideradas insuficientes ou unilaterais para contribuir na construção de categorias e conceitos não tematizados, como *ser humano, espaço, tempo, situação, historicidade, sociedade*, entre outros (Castro, 2000).

Nesse sentido, Heidegger (1981) parte do cotidiano e não dos conceitos para se aproximar dos problemas fundamentais. Para ele, as características ontológicas da existência constituem-se na forma como algo se torna presente, manifesto, entendido, percebido, compreendido e, conseqüentemente, conhecido para o ser humano, o *ser aí* ou *Dasein*.

Em outras palavras, a analítica fenomenológica heideggeriana busca o sentido do Ser e parte da análise de um ente privilegiado – o homem – designado *ser aí- dasein*. Aquele que possui em seu ser a possibilidade de questionar, interrogar sobre si mesmo. Na sua analítica da existência humana, aponta-se a constituição ontológica do homem como existente, ser no mundo, e ser com o outro (Corrêa, 2000).

Não sendo o ser simplesmente dado, a cada instante tem que assumir seu próprio ser na temporalidade; o mundo é, pois, uma totalidade de relações significativas, não sendo possível concebê-lo à parte do ser aí, nem esse fora do mundo. Nós somos o mundo, a existência é uma totalidade.

Ancoramo-nos na perspectiva existencial e fenomenológica heideggeriana quanto à compreensão do homem, e concordamos com Silva (2006), quando afirma que há uma necessidade de as ciências da saúde, como vêm fazendo há algum tempo as ciências humanas, atentarem para uma ampliação do modo de conceber seus estudos sobre o homem, passando a considerá-lo na sua vivência, na sua totalidade e no seu fluxo no tempo, com seus entrelaçamentos existenciais, incorporando sua historicidade.

Destacamos que, na fenomenologia, subjetividade não significa o contrário de objetividade. A objetividade e a subjetividade estão entrelaçadas e a assimilação do

sentido de uma só é possível pela compreensão da outra; fala-se, então, de uma objetivação da subjetividade humana na fenomenologia (Castro, 2000).

A compreensão não se mostra de imediato; vai se constituindo no tempo pelas articulações dos significados que o ser-no-mundo expressa ao mundo, pois, como um ser aí, o homem atribui sentido às coisas com as quais se relaciona no horizonte de sua existência. Ao estar no mundo, o homem vive seu cotidiano ôntico a cada momento, e nesse viver existencial experiência sentimentos de tristeza e alegria que expõe aos entes ao seu redor, por meio de sua linguagem. (Sales, 2008, p. 177)

É nesse contexto homem-mundo que a compreensão se torna possível, ou seja, no âmbito deste estudo podemos dizer que o doente pode ser compreendido a partir do sentido que emite em sua mundaneidade, assim como do médico oncologista que dele cuida. Na verdade, vivenciar a facticidade de um ser-aí com câncer é algo difícil e suscita angústias, que acometem os dois lados da relação. Sendo assim, compreender a experiência do oncologista clínico no seu cotidiano de trabalho é compreender o desvelamento de sua vivência do cuidar, do cuidar de, do cuidar com. O desvelamento traz à luz aquilo que se oculta naquilo que se mostra.

Gadamer (2002) fala que a ocultação e o velamento pertencem ao mesmo fenômeno, que as coisas mantêm-se por si mesmas em estado de ocultação e que o discurso humano não transmite apenas a verdade, mas conhece também a aparência, o engano e a simulação. O vir a ser com os outros no mundo do oncologista só pode ser expresso nessa relação com o paciente, ambos nesse processo inerente a essa relação de

cuidado. A verdade é a desocultação. O sentido do discurso é deixar e fazer com que o desocultado apresente-se, revele-se.

A fenomenologia e a hermenêutica partem de pressupostos que advogam sensivelmente a superação da dicotomia sujeito-objeto na compreensão dos fatos e obras humanas. “Quem conhece se inclui no que quer conhecer”, resume Ayres (2005, p. 550).

3.1.1. A hermenêutica

A hermenêutica, ligada ao âmbito da interpretação dos textos sagrados, conhecida como a arte de interpretar textos, aproxima-se da fenomenologia, já que ambas se afastam da idéia de investigação do ser, numa abordagem filosófica essencialista, para ir em busca da compreensão de como as coisas se apresentam e acontecem, dos modos subjetivos do viver (Minayo, 2002).

Ayres (1994), discorrendo sobre a hermenêutica, explica:

A filosofia hermenêutica trata-se do desenvolvimento, a partir especialmente da filosofia de Heidegger, de uma reflexão metadiscursiva que funda a compreensão de realidades e obras humanas na sua lingüisticidade. Ele lança mão de uma série de procedimentos analíticos e de conceitos da teoria hermenêutica, mas rompe radicalmente com sua aspiração objetivista. (p. 9)

A hermenêutica tem sido utilizada como base filosófica para diferentes estudos qualitativos, que remetem a processos interpretativos do investigador, à relevância do

contexto na compreensão dos significados, bem como à compreensão oral e escrita do outro (Jesus, Peixoto & Cunha, 1998).

A etimologia da palavra *hermenêutica* é ligada à filosofia grega. Vem de Hermes, deus grego considerado o mensageiro dos deuses. Expressa a arte de interpretar, e, como aponta Minayo (2002), é considerada uma disciplina básica que se ocupa da arte de compreender textos e tem trazido valiosas contribuições nas pesquisas sociais, ao estender-se à interpretação de discursos e ações.

Aluno de Heidegger, Hans Georg Gadamer publicou, em 1960, uma obra considerada clássica para a teoria hermenêutica: *Verdade e Método*. Nela, tanto as questões técnicas como as perspectivas filosóficas da hermenêutica fundem-se num todo coerente (Reale, 1993).

Para Gadamer (2003), a tarefa da hermenêutica é esclarecer o milagre da compreensão, descobrindo os sentidos das ações humanas. O autor nos ensina que todo o conhecimento do mundo é mediado pela linguagem e que todo ato de compreender significa entender-se com outro a respeito de algo. É importante ressaltar que tal compreensão está relacionada ao espaço e tempo pelos limites dados a partir da historicidade humana.

Reale (1993) acentua que:

O intérprete coloca-se diante do texto com sua pré-compreensão e, com base no sentido mais imediato que o texto lhe exhibe, ele esboça preliminarmente um significado do todo, ou seja, esboça uma primeira interpretação sua. Esse projeto inicial pode ser revisto se não encontrar confirmação no objeto. E se isso é o que ocorre, será preciso propor,

então, outro projeto de sentido, que por sua vez, será criado sobre o texto e sobre o contexto. (p. 251)

Portanto compreensão é, em princípio, entendimento, e compreender significa uns se entenderem com os outros. Assim, uma das idéias centrais que fundamentam a hermenêutica é a de que os seres humanos, na maioria das vezes, entendem-se ou fazem um movimento interior e relacional para se porem de acordo. (Minayo, 2002, p. 85)

É por meio da hermenêutica que se pode vislumbrar a possibilidade de compreensão dos significados atribuídos pelos sujeitos à condição existencial do estar no mundo e, por meio da sua linguagem em relatos, chegar à compreensão de sua ação.

Cada interpretação acontece à luz do que se sabe, e o que se sabe muda no curso da história. De acordo com Gadamer (2003), uma hermenêutica adequada deveria esclarecer a realidade da história também no próprio compreender. Foi o que chamou de *História dos efeitos*, que é um conceito fundamental na teoria proposta por ele.

Nesse processo de elaboração, emerge outro aspecto importante: a alteridade do texto. Uma compreensão hermenêutica deve necessariamente considerar tal alteridade.

Dentro dessa ótica, Reale (1993) explica: “Quem quiser compreender um texto deve estar pronto a deixar que esse lhe diga alguma coisa; por isso uma consciência educada hermeneuticamente deve ser plenamente sensível à alteridade do texto” (p. 253).

Reale (1993) diz que tal sensibilidade não implica uma neutralidade objetiva; muito menos um esquecimento de si mesmo, e sim uma conscientização das próprias

pré-suposições e dos próprios pré-conceitos, que não devem amordaçar nem silenciar o texto.

Recorrendo a Minayo (2002), temos a descrição das balizas para a compreensão oferecida pela hermenêutica, em que o investigador deve buscar o máximo, fundamentado em dados históricos, no texto e no contexto. O investigador, em contato com o entrevistado ou com o que se analisa, deve ter uma postura de respeito frente ao que está sendo investigado. Busca o sentido que quis oferecer quem o emitiu e a clareza de que, na interpretação, nunca há uma última palavra. O sentido de uma mensagem ou de uma realidade estará sempre aberto a várias direções.

Em outras palavras, temos o que Gadamer (2002) chamou de fusão de horizontes. Nas palavras de Ayres (2005, p. 551), temos que “na fusão de horizontes aquele que interpreta não decodifica uma experiência externa a si, a seu horizonte linguístico, mas decodifica a sua própria experiência a partir de necessidades e possibilidades trazidas pelo horizonte linguístico do outro”.

Ressalta-se aqui a importância do diálogo na construção do conhecimento, ou seja, o diálogo é algo que se constitui na participação dos dialogantes. O pesquisador está exposto a um permanente diálogo e o fenômeno vai sendo modificado durante o processo de pesquisa e aprofundado durante o trabalho de análise.

É fundamental que o pesquisador busque a compreensão de si mesmo diante daquilo que o impressiona, diante da realidade que tenciona conhecer melhor. É um movimento dialético de distanciamento e de aproximação. Aquele que investiga precisa saber escutar e escutar-se; viver uma intensa relação com o outro e consigo, afim de alcançar o entendimento.

3.2. Estratégias operacionais da pesquisa

3.2.1. Sujeitos pesquisados e o lugar da pesquisa

Os sujeitos desta pesquisa foram oncologistas clínicos que atuam na cidade de Natal em instituições de referência para tratamentos oncológicos no estado do Rio Grande do Norte.

O local da coleta de dados foi de acordo com a conveniência do entrevistado, garantindo condições adequadas, a não interrupção e a privacidade. Realizou-se na cidade de Natal/RN.

A definição da amostra se deu de forma intencional, tomando como critério a variação quanto ao tempo de atuação na especialidade (mínimo de um ano, até os mais antigos, ou seja, com tempo médio de 20 anos de atuação) e a disponibilidade deles em participar.

O interesse na variação do tempo de formação em oncologia, observando momentos diferentes nas etapas da atuação profissional, tinha por objetivo olhar atentamente para as possíveis similaridades, divergências ou alterações das representações em torno do significado da vivência do oncologista clínico e de sua relação com a morte e o morrer ao longo do tempo do seu exercício profissional. A atenção às particularidades desses momentos distintos foi pensada por acreditarmos, antes de ir ao campo, que tais informações poderiam ou não se converter em dados importantes para a visão do processo a ser investigado.

É importante destacar que, nos estudos qualitativos, a amostragem não obedece a critérios numéricos, mas à possibilidade de permitir aprofundamento e abrangência de compreensão de uma situação (Minayo, 2007).

A generalização a que se aspira num estudo desse tipo diz respeito a possibilidades de compreensão do fenômeno estudado. O principal, nesse tipo de investigação, é o aprofundamento da informação, e este se dá menos na quantidade de pessoas entrevistadas e mais nas estratégias para obter tais informações (Silva, 2006).

No entanto, previmos inicialmente um número mínimo de participantes que se mostrasse operacional para garantir variedade e possibilidade de entrevistas profundas. Nesse sentido, definimos pelo menos cinco entrevistados que tenham apenas um ano de atuação e cinco, entre 5 e 20 de anos. Tivemos três entrevistados com longo tempo de atuação, média de 17 anos, e os demais, variando entre dois e oito anos.

3.2.2. Instrumentos de coleta de dados

a) A entrevista

A entrevista é a estratégia mais utilizada em trabalho de campo por consistir num instrumento importante para o alcance dos sistemas de valores mais importantes, as referências normativas, as interpretações que os indivíduos dão às situações conflitivas e as experiências vivenciadas (Minayo, 2007).

Segundo Minayo (2007), a entrevista é um importante instrumento de coleta de informação. É a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, (sendo ela mesma um deles), e ao mesmo tempo ter os efeitos de transporte através de um porta-voz: representações de grupos

determinados, em condições histórico-sócio-econômicas e culturais específicas (Minayo, 2008).

b) Sobre o uso de “cenas”

Paiva (2005), falando sobre o uso de “cenas”, explica: “são ferramentas para conscientização, ação, invenção e circulação de repertórios discursivos (e não-discursivos) de grupos e indivíduos, que podem resultar em mobilização individual e social para promoção da saúde” (p. 5). Ao argumentar sobre sua utilização como recurso para pesquisa, ressalta que a análise de narrativas dos participantes através da cena oferece “um testemunho da experiência” nas próprias palavras do sujeito (p. 5). Assim, ocorrem sob o calor do acontecimento, sem grandes elaborações racionais, a qual é altamente relevante para as abordagens de pesquisa qualitativa.

No âmbito deste trabalho, utilizaremos “cenas” imaginadas, depois descritas no papel. Trata-se de uma metodologia que possibilita *insights* de novos repertórios, a partir de uma experiência antecipada, por meio de dramatizações e visualizações (Silva, 2002).

3.2.3. Tratamento e análise dos dados

Para analisar os dados obtidos, foram adotados os seguintes procedimentos: após as entrevistas, foram feitas as transcrições das gravações, leitura exaustiva do material, organização dos relatos, confronto entre o conteúdo dos objetivos e questões teóricas discutidas no estudo e no agrupamento dos discursos obtidos mediante a análise das entrevistas. Esses agrupamentos permitem a apreensão dos significados, a associação de

idéias e a captação da variedade de pensamentos, baseando-se em princípios hermenêuticos que buscam interpretar o contexto, as razões e as lógicas de falas, ações e inter-relações entre grupos e instituições (Gomes, 1998).

Na análise das entrevistas, em primeiro lugar, faz-se a leitura de uma entrevista toda para obter um entendimento mais ou menos geral; volta-se para certos termos e expressões especiais, tentando posteriormente desenvolver seus significados, para, em seguida, voltar-se para o entendimento global da mesma a fim de um entendimento mais aprofundado das partes, e assim por diante (Kvale, 1996).

A interpretação do significado, por sua vez, é caracterizada pelo círculo hermenêutico. O entendimento de um texto, de um discurso dá-se através de um processo no qual o intérprete é um indivíduo que, no decorrer da sua vida, absorveu conhecimento da linguagem, de um patrimônio cultural, chega diante de um texto com sua pré-compreensão e, com base no sentido mais imediato que esse lhe exhibe. Ele esboça preliminarmente um significado do todo, ou seja, uma primeira interpretação. Entretanto esse projeto inicial pode ser revisto se não encontrar confirmação no texto e no contexto caso se choque com algo. (Reale, 1993, p. 255)

Dessa forma, o movimento da compreensão das narrativas analisadas se deu do todo para a parte, e desta, de volta para o todo. No dizer de Gadamer (2003), a tarefa é a ampliação em círculos concêntricos à unidade do sentido compreendido. Assim procedemos para a análise hermenêutica das narrativas.

a) A construção das categorias temáticas

As categorias temáticas foram estabelecidas a partir das narrativas obtidas por meio das entrevistas e da utilização de “cenas”, partindo de cada de cada subtema (“Ser Oncologista” e “O oncologista diante da morte”), cuja realização do processo de análise, interpretação e diálogo com as falas para a obtenção desses resultados ocorreram por meio de uma rica leitura hermenêutica.

As Tabelas 1 e 2 ilustram um pouco do processo de construção. No primeiro o alcance das categorias e no segundo o agrupamento destas dando origem aos capítulos. Por se tratar de um objetivo meramente ilustrativo e diante da quantidade imensa de material quantos aos achados/respostas não foi possível preencher as colunas relativas a estes.

Tabela 1

Processo de construção das categorias temáticas

Objetivos	Questões do roteiro	Categorias temáticas
Identificar as motivações para a escolha da especialidade em oncologia clínica e o que representa ser oncologista.	O que o(a) fez escolher a medicina? E o que o(a) fez escolher oncologia como especialidade médica?	Concepções sobre a medicina
	Fale as primeiras palavras que vêm a sua cabeça quando pensa em oncologia.	A escolha Concepções sobre a oncologia
	Você poderia descrever o que é ser oncologista para você?	O “ser oncologista”
	Cena 1: Crie uma cena onde você é o oncologista e está com um paciente grave, próximo da morte. Imagine uma situação onde vocês se encontram, as particularidades da relação que você tem com ele: quais seus sentimentos, como você age, como está sendo esse contato? Tem mais alguém na cena? O	

que acontece? Qual o desfecho? Descreva com o máximo de detalhes. Tente mergulhar nessa situação imaginária como se fosse real.

Quais os atributos que você considera importantes para um oncologista competente?

O que você acha necessário para alcançar esse ideal de competência, esses atributos?

Você vem alcançando esses ideais ou esses atributos? Como?

Fale um pouco sobre os sentimentos mais presentes no seu cotidiano profissional.

Identificar aspectos que dificultam sua prática e as formas de enfrentamento que utilizam.

Você poderia me falar que situações são mais difíceis no seu cotidiano de trabalho?

Como você enfrenta esse

Investigar os significados que os oncologistas clínicos atribuem à morte na sua prática profissional.	<p>tipo de situação? Como age? Busca alguma ajuda? Conversa com alguém?</p> <p>Fale as primeiras palavras que vêm a sua cabeça quando pensa em morte.</p> <p>Fale o que é morte para você?</p>	Concepções sobre morte
	Como você lida com a morte na sua vida?	Concepções sobre morte no âmbito pessoal
	<p>Você já perdeu algum paciente? Como se sentiu? (no caso de não ter perdido como acha que se sentirá?).</p>	
	<p>Como você reage após a morte de um paciente? Descreva seu sentimento. Você conversa com alguém?</p>	
Investigar os sentimentos que acometem os oncologistas clínicos quando estão em contato com pacientes terminais.	<p>Como lidar com a morte influencia no seu trabalho?</p> <p>Como você se sente quando o paciente vai começando a não responder ao tratamento, vai se agravando, entrando</p>	<p>A dor de não curar</p> <p>Concepções sobre o enfrentamento da morte no</p>

Tabela 2

Processo de construção dos capítulos

Objetivos	Questões do roteiro	Categorias temáticas	
Identificar as motivações para a escolha da especialidade em oncologia clínica e o que representa ser oncologista.	O que o(a) fez escolher a medicina?	Concepções sobre a medicina	(Capítulo 5) A Medicina e a Oncologia
	E o que o(a) fez escolher oncologia como especialidade médica?		
	Fale as primeiras palavras que vêm a sua cabeça quando pensa em oncologia.	A escolha	
	Você poderia descrever o que é ser oncologista para você?	Concepções sobre a oncologia	O “ser oncologista”
	Cena 1: Crie uma cena onde você é o oncologista e está com um paciente grave, próximo da morte. Imagine uma situação onde vocês se encontram, as particularidades da relação que você tem		

com ele: quais seus sentimentos, como você age, como está sendo esse contato? Tem mais alguém na cena? O que acontece? Qual o desfecho? Descreva com o máximo de detalhes. Tente mergulhar nessa situação imaginária como se fosse real.

Quais os atributos que você considera importantes para um oncologista competente?

O que você acha necessário para alcançar esse ideal de competência, esses atributos?

Você vem alcançando esses ideais ou esses atributos? Como?

Fale um pouco sobre

<p>Identificar aspectos que dificultam sua prática e as formas de enfrentamento que utilizam.</p>	<p>os sentimentos mais presentes no seu cotidiano profissional.</p> <p>Você poderia me falar que situações são mais difíceis no seu cotidiano de trabalho?</p>		
<p>Investigar os significados que os oncologistas clínicos atribuem à morte na sua prática profissional.</p>	<p>Como você enfrenta esse tipo de situação?</p> <p>Como age? Busca alguma ajuda?</p> <p>Conversa com alguém?</p> <p>Fale as primeiras palavras que vêm a sua cabeça quando pensa em morte.</p> <p>Fale o que é morte para você?</p>	<p>Concepções sobre morte</p>	<p>(Capítulo 6)</p> <p>A Morte na Medicina: entre a naturalização e o desejo de vencê-la</p>
	<p>Como você lida com a morte na sua vida?</p> <p>Você já perdeu algum paciente? Como se sentiu? (no caso de não ter perdido como acha que se sentirá?).</p>	<p>Concepções sobre morte no âmbito pessoal</p>	

	Como você reage após a morte de um paciente? Descreva seu sentimento. Você conversa com alguém?		
	Como lidar com a morte influencia no seu trabalho?		
Investigar os sentimentos que acometem os oncologistas clínicos quando estão em contato com pacientes terminais.	Como você se sente quando o paciente vai começando a não responder ao tratamento, vai se agravando, entrando num prognóstico reservado?	A dor de não curar Concepções sobre o enfrentamento da morte no cotidiano profissional	(Capítulo 7) O Oncologista e a morte
	Você poderia falar como foi o seu primeiro contato com um paciente terminal?	Terminalidade	
	Como você acha que o oncologista deve lidar com um paciente terminal?	Comunicar a má notícia	
	Como você se sente quando lida com	Cuidados paliativos	

pacientes terminais?

Quais as dificuldades para lidar com esses pacientes? Você tem dificuldade na comunicação do diagnóstico, prognóstico com o paciente e família?

Na sua prática você trabalha com os princípios dos cuidados paliativos? Conhece-os? O que acha deles?

O que você apontaria no seu cotidiano de trabalho como gratificante?	A cura	Desafios da formação
--	--------	----------------------

3.2.4. Análise de riscos, benefícios e medidas de proteção

Foi garantido, durante a operacionalização metodológica da pesquisa, o encaminhamento a algum Serviço de Psicologia adequado caso algum processo de ordem emocional tivesse sido desencadeado. Cabe registrar que a pesquisadora responsável pela pesquisa tinha condições de oferecer acolhimento e suporte terapêutico inicial, devido a ser uma psicoterapeuta.

Por outro lado, poder dar voz à própria subjetividade do sujeito no que tange as questões relacionadas à sua vivência profissional; pode beneficiar em algum grau todos os envolvidos, ganhos inicialmente obtidos com a própria escuta interior.

No que tange, aos desdobramentos futuros da pesquisa, como publicações, utilização dos dados para possíveis elaborações de programas de formação e cuidado dirigidos aos oncologistas, este também será revertido em benefícios para os participantes.

3.2.5. Aspectos éticos

Foram tomadas as precauções necessárias para garantir e respeitar os direitos e a liberdade dos sujeitos pesquisados. Os pesquisados foram informados sobre os objetivos e o desenvolvimento da pesquisa, a fim de que pudessem tomar a decisão de participar, livre e conscientemente. Foi respeitado o tempo necessário à reflexão individual, bem como a liberdade para se retirar da pesquisa quando quiser. Também foi assegurado o anonimato das informações e depoimentos dos indivíduos através do uso de codinomes como: Prometeu, Apolo, Hermes e algumas Deusas gregas.

Firmamos o compromisso de seguir as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (1997) em todos os seus aspectos e garantimos, incondicionalmente, a publicação dos resultados e o uso exclusivo para finalidade desta pesquisa.

O presente estudo foi submetido à comissão de ética para análise de projetos de pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Aprovado, tem número de protocolo: 395/09.

3.2.6. *O estudo-piloto da pesquisa*

O roteiro de entrevista desta pesquisa foi submetido a uma averiguação com o propósito de observar se está adequado ao seu objetivo.

O instrumento de coleta de dados, denominado *roteiro de entrevista*, utilizado nas pesquisas qualitativas, pode ser modificado seguidas vezes, em decorrência da aplicação da averiguação, ou seja, de entrevistas preliminares. É comum que, nessas entrevistas, o pesquisador perceba se o roteiro proposto está incompleto, inadequado, retirando-lhe alguns itens e/ou acrescentando-lhe outros (Nogueira-Martins, 1994).

O piloto foi realizado no consultório da entrevistadora. O convite aos oncologistas foi realizado pela pesquisadora, como também o agendamento das entrevistas. Foram realizadas duas entrevistas: (uma com um oncologista clínico e outra com uma oncologista clínica). As entrevistas foram gravadas e transcritas mediante acerto com os entrevistados, que assinaram termo de compromisso para a participação no processo (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido [TCLE], conforme Apêndice A).

É importante ressaltar que, para testar o instrumento e o possível grau de dificuldade para a realização da “cena”, pretendia-se realizar uma entrevista com o uso de “cenas” e outra sem utilizar tal recurso; contudo não foi possível a sua execução, em função da não disponibilidade de tempo do oncologista entrevistado. Optamos por realizar mais um encontro de entrevista com um dos participantes para trabalharmos a “cena” e concluirmos os objetivos do piloto; contudo esse segundo encontro não foi possível, em função da não disponibilidade de tempo do entrevistado.

É importante ressaltar que o instrumento de coleta de dados é o mesmo, ou seja, não houve modificações. O piloto nos mostrou que o instrumento estava realmente adequado (o roteiro da entrevista) e pronto para ser utilizado nas entrevistas subsequentes. Resolvemos utilizá-lo, mantendo o uso das “cenas”. Cabe ressaltar que a experiência piloto nos assegurou que encontraríamos algum grau de dificuldade quanto à disponibilidade de tempo dos nossos entrevistados.

3.2.7. A realização do campo propriamente dito

A coleta de dados foi realizada em local de acordo com a conveniência do entrevistado, na maioria das vezes em seus próprios consultórios particulares. As entrevistas tiveram duração média de uma hora (duração mínima de 50 minutos e duração máxima de duas horas). O ambiente era propício, em horário em que não houvesse a possibilidade de interrupção.

Os convites aos oncologistas foram feitos, alguns pessoalmente, e outros, por telefone, todos realizados pela própria pesquisadora. Nesse primeiro contato, tentava-se o agendamento de uma data que, na maioria das vezes, não era possível num primeiro momento em função da agenda atribulada dos oncologistas. Assim em alguns casos, sucessivos telefonemas foram feitos até a marcação da data e horário da entrevista propriamente dita.

Todas as entrevistas foram gravadas com a anuência dos entrevistados, sendo posteriormente transcritas pela própria pesquisadora. As transcrições foram feitas literalmente. O que era transcrito era exatamente igual ao que havia sido falado pelo entrevistado; leiam-se: expressões faladas, pausas, erros, etc.

Garantimos um total de 10 participantes na faixa etária entre 31 e 47 anos. O tempo de atuação profissional exercido por eles variou entre 2 a 22 anos de exercício na especialidade. Os nomes dos entrevistados foram alterados; utilizamos codinomes para evitar a identificação pelo perfil dos mesmos.

Tabela 3

Síntese de características dos entrevistados

Entrevistados	Tempo de atuação na especialidade
Dr. Hermes	22 anos
Dra. Higéia	16 anos
Dr. Apolo	2 anos
Dr. Prometeu	8 anos
Dra. Hera	14 anos
Dra. Panacéia	7 anos
Dra. Afrodite	2 anos
Dra. Atenas	3 anos
Dra. Artêmis	3 anos
Dra. Héstia	2 anos

4. A prática médica

*“Ser Médico...
dar de si profundamente,
sentir a dor do doente,
compreender a sua sorte,
é se doar por inteiro
é romper o nevoeiro
que separa vida e morte”
(Dr.^a Murita L. da Cruz Rios Sampaio)*

Para dialogar com as inquietudes que me impeliram a buscar compreender, a vivência de oncologistas clínicos que acompanham pacientes fora de possibilidade de cura, foi imprescindível inicialmente realizar um breve passeio teórico pela prática médica. Este abrigo teórico já brevemente alinhavado na introdução, ganha, nesse instante, maior delineamento, e continuará dialogando conosco ao longo do trabalho.

A cronologia médica exige historicamente conhecimento de filologia, de lingüística, de história geral, de etnografia, de antropologia e ainda do conhecimento indispensável da anatomia, fisiologia, patologia e medicina prática (Nava, 2003).

Em cada meio em que o indivíduo está integrado socialmente, exercendo suas funções de médico, percebem-se diferentes exigências. Exige-se que os médicos tenham conhecimentos e habilidades com os pacientes e isso muda em cada período. O lugar do

médico na sociedade tende a ser seguidamente transformado, em consequência de alterações na cultura.

Alcmeon, provavelmente o primeiro a dissecar um cadáver, imagina o cérebro como centro da alma e da razão. Seus experimentos e observações tiveram lugar alguns anos após a fase hipocrática (Abdo, 1996, p. 19).

E como nos mostra Gigante (1981), o médico foi um sacerdote na babilônia, um artista na Grécia, um clérigo e erudito na Idade Média e um cientista nos tempos modernos.

Hoirisch (1992) esclarece que, na sociedade primitiva, quando a explicação das doenças era mágica e religiosa, o médico possuía características de sacerdote e bruxo. Desse modo, a prática médica nasce como sacerdócio, impregnada de magia, religião e poder.

O médico das sociedades tribais é o intermediário entre Deuses e mortais (Hoirisch, 1992, p. 70). Registros importantes da história vão nos mostrar fenômenos como espíritos bons ou maus, que justificavam a eclosão de moléstias e epidemias, como também eventos políticos e militares agindo sobre a evolução do pensamento médico. A geografia geral, ou, por assim dizer, a geografia médica, vai mostrar a rota das doenças, o caminho das contaminações e das pestes que acompanharam o homem nas suas transações, nos seus percursos de guerra, bem como nas suas grandes migrações. Através das artes plásticas, extrai-se o conhecimento do estudo da medicina, as telas, os murais, os afrescos, os painéis e etc. Revelam cenas que interessam à patologia, ao exercício da clínica e da cirurgia.

Contudo, é importante destacar que, tanto para a historiografia grega quanto para o imaginário social da medicina ocidental moderna, existe um pai que a gerou e que a

ilumina: Hipócrates, nascido em Cós em cerca de 400 a.C., que exerceu a medicina no templo do deus Asclépio (Cardoso, 2000).

Hipócrates foi, antes de um filósofo ou biólogo, um naturalista. Dizia que o médico deveria ser fundamentalmente, um humanista. Um sábio que, na formulação do seu diagnóstico, leva em conta não apenas os dados biológicos, mas também os ambientais, culturais, sociológicos, familiares, psicológicos e espirituais. O médico clássico, portanto, é, antes de tudo, um conhecedor das leis da natureza e da alma humana.

Abdo (1996) nos revela que ele era preocupado com o sofrimento do homem, examinava seus pacientes de forma cuidadosa e conversava com eles sobre suas queixas, relacionando-as com as circunstâncias que as iniciavam, as condições situacionais e os costumes desses indivíduos, bem como de suas famílias.

Bezerra (2000) revela que o que importava era o homem doente e o ambiente que o cercava, não as doenças. Fala sobre a teoria hipocrática – do sistema humoral – que marcou o exercício da medicina por séculos, substituindo as teorias mágicas das primeiras escolas médicas. Para ele, a doença era um desequilíbrio dos humores do corpo; a saúde e a doença repousavam no equilíbrio entre a bile negra (melancolia), a bile amarela, a pituíta e o sangue. Estes, por sua vez, interagiam com os quatro elementos cósmicos (fogo, ar, água e terra), com as estações, com os estados climáticos (o quente, o frio, o seco e o úmido) e com os quatro pontos cardeais (Cardoso, 2000). “O desequilíbrio desses humores do corpo eram decorrentes da disposição e temperamento do paciente das influências ambientais” (Abdo, 1996, p. 20).

É conhecido o fato de que Hipócrates, ao estudar a “moléstia sagrada”, hoje epilepsia, separou a filosofia e a religião da medicina. Ele concebeu a doença como um processo de causas naturais, e não divinas e sagradas. Dessa forma, defendia que uma

boa medicina dependia não de religião, mas de uma boa observação médica. Nascido na ilha Grega de Cós, difundiu 412 aforismos, dentre as quais destacamos essa preciosidade: “Se uma mulher saudável para de menstruar e sente enjôo, está grávida”. Este aforismo continua atual. O *Facies Hippocratica*, por ele descrito e sugestivo de morte iminente, é caracterizado por nariz afilado, têmporas e olhos fundos, sudorese, pele fria a palidez cutânea (Bezerra, 2002, p. 55).

Entralgo (1983) afirma que o objetivo de Hipócrates era o indivíduo em sua totalidade; ocupando-se das doenças físicas e psíquicas e concebem o cérebro como órgão do pensamento, negando o caráter sobrenatural das doenças mentais. As causas das doenças, portanto, deveriam ser buscadas não apenas no órgão ou mesmo no organismo enfermo, mas também, e principalmente, no que há de essencialmente humano no homem: a alma; esse componente espiritual distingue o homem dos outros organismos vivos do planeta.

Hipócrates destaca-se por ter tirado a medicina do terreno das magias e das superstições religiosas quando afirmou que a natureza das doenças poderia ser conhecida por meio da observação meticulosa e contínua dos doentes, estabelecendo as bases modernas do raciocínio clínico (Ismael, 2002).

A principal característica que fez com que a medicina fosse contemplada como ciência foi sua forte tendência à racionalização a partir da observação, da sistematização do conhecimento sobre as doenças e das terapêuticas, bem como de explicações causais para os fenômenos. Foi a partir de tal observação e do registro atento dos eventos que surgiram as primeiras histórias; foi também observando e registrando cuidadosamente todos os sintomas, como afirmavam os hipocráticos, que se fizeram histórias acuradas de cada doença (Cardoso, 2000).

No entender de Hipócrates, para dedicar-se à medicina, uma pessoa deveria ter disposição natural, dedicação ao estudo e ao trabalho, além de contar com um ambiente favorável para a prática da profissão. É notável que ele não faz nenhuma alusão a aspectos religiosos ou mágicos (Scliar, 1996).

Nessa direção, Gadamer (1993) argumenta que aquele que possuía clientes restritos à nobreza e aos ricos desassumem o papel de curandeiro, rodeado do mistério de seus poderes mágicos, e transformam-se num homem de ciência, sabendo a razão do que determina a cura, uma forma própria do conhecimento técnico. O cuidado com a saúde deixa de ser regido por ritos religiosos, dirigidos por certas figuras e grupos sociais importantes, para ser manifesto a partir de fenômenos eficazes fundados na ciência.

Durante os séculos VI e V a.C., na antiga civilização grega, a medicina se constituiu como uma técnica, fato mais importante da história universal do saber médico (Entralgo, 1983).

De acordo com Melo Filho (1983), alguns autores consideram que surgem nessa época esboços de concepções e práticas médicas próximas do científico. O referido autor afirma que, no início da Idade Média, a maior parte dos médicos eram monges que se utilizavam dos princípios da medicina grega. A partir do século XII, com o domínio da Igreja sobre as estruturas sociais da época, esta proíbe ao clero a realização de atos cirúrgicos e sacraliza a divisão mente-corpo dentro da prática médica ao determinar que os sacerdotes cuidassem apenas das questões da alma, deixando aos médicos os males do corpo.

Foi na universidade medieval que o título de doutor (médico) foi criado. Com o título, surgiu também o status no contexto social. E no Renascimento, com o surgimento

do método científico de abordar a natureza, a medicina incorpora, agora com o aval da ciência, a divisão mente-corpo na prática médica (Mello Filho, 1983).

No século XV, apareceram leis que regulamentavam o exercício da Medicina, criando currículos, exames e concessão do grau (Ramos-Cerqueira & Lima, 2002). Na transição entre o feudalismo e o capitalismo, percebe-se na medicina um delineamento da estruturação do saber e uma busca sistemática do combate a doenças, em detrimento da subjetividade do paciente (Grosseman, 2004).

Com o capitalismo e o surgimento da indústria, a partir do final do século XVIII, a medicina adota características distintas, passando a ter função de proteger o capital, zelando pela saúde dos trabalhadores através da reprodução da força de trabalho. A sociedade passa a ver a doença como prejuízo econômico e investe no desenvolvimento da medicina moderna e científica, através dos seus grandes avanços obtidos no decorrer do século XIX.

No final do século XVIII e nas primeiras décadas do século XIX, a ciência médica aprimorou o conhecimento sobre a estrutura e as maneiras de desenvolvimento das doenças por meio do estudo do ser humano morto. A doença era o cerne das preocupações; a intervenção terapêutica era centrada principalmente na cura da mesma por meio de drogas ou cirurgias (Luz, 1993).

O relacionamento entre médico e paciente, considerado até então a arte da medicina, passa cada vez mais a adquirir embasamento técnico. E como aponta D'Epina (1998), o médico deixa de ser visto pelos preceitos ligados à origem do próprio nome (*medicus*), que significa modesto, ligado aos atributos de equilíbrio e moderação.

É nesse momento do desenvolvimento de métodos e técnicas, da aplicação do conhecimento da Ciência para combater as doenças que assistimos surgir o papel social

do médico. Segundo Ramos-Cerqueira e Lima (2002), a medicina foi das profissões aquela que mais idealizações provocam: qualidades de altruísmo e poder sobre vida e morte, associadas a esse papel.

A despeito do célere desenvolvimento do chamado método científico, durante o século XIX, a visão humanística da medicina continuou exercendo influências sob médicos em todo o mundo. Sobressaia-se a imagem romântica do médico sábio, conhecedor dos avanços científicos no campo da clínica, da patologia, da farmacologia, mas também amante da literatura, da filosofia, da história.

Homem culto, aliava seus conhecimentos científicos com os humanísticos e utilizava a ambos na formulação dos seus diagnósticos e prognósticos. Conhecedor da alma humana e da cultura em que se inseria, já que invariavelmente andava muito próximo de seus pacientes – como médico de família que era – este respeitável doutor sabia que curar não era uma operação meramente técnica, mas fundamentalmente humano-científica; uma operação que envolvia elementos de caráter cultural e psicológico.

O significativo papel do médico, a sabedoria que era aplicada em seu meio social não se limitavam a curar ou tratar as enfermidades. Ele era também aquele que, frente aos limites e impossibilidades médicas, sabia acompanhar o enfermo e seus familiares, ajudando-os no sofrimento, na preparação para a morte.

De acordo com Silva,

A sabedoria do médico foi cedendo lugar a importantes descobertas que, a partir da metade do século XIX, causaram uma verdadeira revolução na sua prática. O desenvolvimento de conhecimentos da patologia, das análises laboratoriais e das drogas medicamentosas possibilitou à ciência

médica um controle maior das doenças e do poder de cura. (Silva, 2006, p. 42)

A partir da segunda metade desse século, houve as importantes descobertas em campos como o da microbiologia, patologia e desencadearam uma verdadeira revolução, gerando profundas modificações na ciência médica como um todo. O desenvolvimento das análises laboratoriais e outros métodos clínicos tornaram mais elaborados e sofisticados os diagnósticos. O aparecimento de medicamentos como a penicilina começaram a propiciar aos médicos uma eficácia na cura e um domínio sobre as doenças sem precedentes na história; enfim, assistia-se a algo extraordinário. O avanço proporcionado pelas ciências, vinculado ao desenvolvimento tecnológico, foi, cada vez mais desviando a atenção do médico do contato mais próximo com seu paciente. Na medida em que o prestígio das ciências experimentais crescia, o das ciências humanas se dissipava no meio médico.

Segundo Galvão (2006), Hipócrates dizia que o lugar do médico é ao lado do leito do paciente, acompanhando, examinando, observando, mostrando-se interessado pelo estado da pessoa. Estar ao lado desse paciente é sem dúvida deparar-se também com o sofrimento, a dor, a morte; contudo observam-se ao longo da história diferentes atitudes nessa relação médico-paciente.

Landmann (1982) declara que todo o conhecimento trazido por Hipócrates, que era sinônimo de verdade, foi aos poucos se transferindo para as ciências naturais, recebendo enorme influência da filosofia e da sociologia positivista. As sabedorias ancestrais e tradicionais no campo da saúde deixaram aos poucos de ser tidas como conhecimentos e tradições verdadeiros e válidos cientificamente no ocidente moderno nascente.

A revolução científica gerou grande impacto no conhecimento médico. Assim, a referida medicina ocidental produziu um feixe de idéias ligadas à cientificidade que lhe conferiu legitimidade, prestígio e status social. Originam uma lacuna entre o modo de exercer a prática do “paradigma clássico” ou “hipocrático-galênico” e o “paradigma do século XX” (Uchoa & Camargo Jr., 2006).

Temos, há quatro séculos, a racionalidade médico-científica postulando a razão e a ciência como caminhos para a obtenção do conhecimento, como o modo de produção da verdade (Luz, 1988). Nesse caso, tudo que for do terreno da subjetividade fica de fora; é considerado um ruído que pode comprometer a cientificidade. Dessa forma, valoriza-se apenas o avanço da técnica, marco da modernidade e do cientificismo moderno.

Luz (1993) ainda nos adverte que o processo de construção da medicina ocidental contemporânea sofre reflexo da convivência contraditória de uma tripla cisão: a cisão entre a ciência das doenças e a arte de curar, a cisão na prática médica de combate às doenças, entre diagnose e terapêutica e a cisão no agir clínico da unidade relacional médico-paciente, através do progressivo desaparecimento do contato com o corpo do doente, pela interferência de tecnologias “frias”, verificadas a partir da segunda metade do século XX.

É possível reconhecer todas as determinações da ciência médica moderna, das intervenções precisamente mensuráveis que lhes são peculiares, e do crescente número das possibilidades de procedimentos específicos. O desenvolvimento científico foi promovendo a especialização do conhecimento médico segundo a área do corpo ou o tratamento a determinada doença. Tudo isto foi gerando uma dependência do médico em relação à tecnologia. O diagnóstico de certas enfermidades começou a ser feito, em certos casos, cada vez mais, com a intermediação de um forte aparato técnico. Um

grande investimento em equipamentos foi-se tornando necessário para o exercício da atividade. A subjetividade e a sensibilidade do profissional, preponderantes na relação médico-paciente de outrora consolidavam-se num plano secundário.

Martins (1981) apontou que o saber intuitivo – o clássico olho clínico – foi-se desgastando na prática médica, à medida que se multiplicam os recursos tecnológicos. O médico, especialista e diagnosticador ameaça respectivamente a relação individualizada e a intuição predominantes na antiga prática.

O homem, neste contexto, é visto de maneira objetiva e quantitativa, dentro de uma perspectiva cartesiana entre mente e corpo nesta visão dualista, a relação médico-paciente foi sendo negligenciada. Os recursos tecnológicos são muitas vezes utilizados de maneira abusiva, o que interfere na relação médico paciente, inibindo a espontaneidade e as reflexões do médico sobre o que acontece com o paciente.

Nesse percurso a interação médico-paciente foi revelando uma relação assimétrica na qual o médico é que detém o conhecimento. Essa forma de relação é baseada na vulnerabilidade de um em respeito ao outro, induzida pela própria doença. Essa assimetria, bem como as diferenças culturais e sociais, questões emocionais e uma variedade de padrões comunicacionais, envolvem problemas que surgem na relação médico-paciente, os quais podem relacionar-se à dificuldade do médico em transmitir adequadamente informações ao paciente e, conseqüentemente, à dificuldade do paciente na adesão ao tratamento. (Silva, 2005, p. 477)

Conforme aponta (Uchoa & Camargo Jr., 2006), há uma aceleração no desenvolvimento técnico-científico que redefine os limites da vida e da morte em função da ampliação das possibilidades de intervenções, o que redefine o significado do agir profissional.

Diante desse processo, a ciência médica vai sendo definida como ciência da doença. A doença é o que aflora como perturbador e perigoso, como aquilo que precisa ser acabado; contudo espera-se do médico que ele trate o seu doente com sensibilidade. Tratar vem do latim *palpare*, que significa percorrer com a mão o corpo do doente, avaliar pelo tato, para perceber o que realmente acontece, para que possa ser localizada a perturbação ao equilíbrio vital ou a dor que o paciente sente (Gadamer, 1993).

O autor ainda aponta que tratar não significa dominar a vida de um homem ou dominar a doença, expressão favorita do mundo moderno; mas é que o fato é que a doença já foi separada da pessoa e passou a ser tratada como um ente com o qual é necessário acabar.

Estamos falando de um progresso racional, intelectual, de uma negação das emoções, de uma medicina que deixou de lado a arte de curar para ser a ciência das patologias. Nessa lógica, o corpo humano passa a ser uma máquina que exige reparo e bons técnicos advindos de uma medicina tecnológica especializada (Silva, 2004).

Guedes, Nogueira, e Camargo Jr. (2006) assinala que houve críticas com repercussão mundial sobre a forma como a medicina se achava constituída e o modelo médico, privilegiando a doença e não o doente. O autor defende a necessidade de resgatar a relação humanizada entre médico e paciente, direcionando a escuta terapêutica, não só para os relatos objetivos da doença, mas para todos os aspectos que permeiam o adoecer.

Os médicos são guiados por comportamentos baseados em padrões científicos e focam seu trabalho na competência técnica e na objetividade sem envolvimento emocional com o paciente (Guedes et al., 2006). Isso possibilita, muitas vezes, um fracasso na prática clínica, mesmo frente a tantos avanços medicamentosos e

tecnológicos, em função do distanciamento dos aspectos subjetivos do indivíduo e desencontros entre médicos e pacientes.

Para (Uchoa & Camargo Jr., 2006, p. 778), a forma de caminhar na direção do “bem do paciente” é também criticada por seu formalismo que separa o cuidado médico do “mundo real” do padecimento; desumaniza a prática e transforma o médico em um seguidor de esquemas, com os quais suas habilidades se tornariam supérfluas.

Sempre que a medicina desejar ser terapêutica, tratar um ser humano, considerando-se apenas científica, isso não será vantagem nenhuma, mas uma enorme desvantagem, pois o médico que assim sentir e praticar a medicina certamente estará limitando sua compreensão do processo saúde-doença (Martins, 2004).

Nas últimas décadas, a medicina tem sido influenciada também por diversos fatores: crescimento demográfico exagerado da população, modificações geopolíticas, revoluções dos costumes advindos da globalização, explosão dos conhecimentos e grande avanço nas tecnologias, na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de doenças (Ismael, 2002).

Nas mais variadas partes do mundo, a história dos médicos poderia ser contada pela etimologia do verbo curar, que tem raiz latina e significa ter cuidados com, vigiar e livrar de doença. É a medicina como é hoje entendida: a ciência do conhecimento do corpo humano que busca a cura para as suas patologias e visa à recuperação da saúde daquele que procura um médico (Galvão, 2006).

Assim, aquele que procura o referido profissional chega cheio de expectativas de garantias em relação a sua saúde, esperando também uma mão estendida que o conforte e apoie. Tudo isso requer tempo e disponibilidade por parte desse profissional. A relação médico-paciente é tradicionalmente mediada por uma doença, cuja procura pelo médico

não se restringe apenas a um diagnóstico, mas engloba qualquer forma de sofrimento do indivíduo, envolvendo uma relação do ser que cura com a dor do ser que sofre.

Na verdade, o doente procura o médico, em primeiro lugar, em busca de tratamento da afecção que o atinge, a partir da competência técnica do profissional; mas acredita que essa competência traga de volta carinho, compreensão, apoio, companhia e calor humano. O tempo que o médico dedica a seu doente, além do comprometimento profissional, em busca do diagnóstico que permita estabelecer a conduta terapêutica adequada já é, em si mesmo, terapêutico, tal é o significado que ele assume para o doente. Pouco adianta ao médico estar cientificamente capacitado, se não lhe for possível estabelecer relações que lhe permitam tratar; se não conseguir usar essa relação como recurso terapêutico (Moreira Filho, 2005, p. 4). O referido autor ainda aponta que eles necessitam estar capacitados para entender o que transcorre sob a superfície, ampliando suas percepções, estando dispostos e disponíveis para desvendar, por detrás de uma entrevista rotineira, um sentido inusitado. Essa descoberta dependerá do estabelecimento de relações adequadas com aqueles que o procuram e da capacidade do profissional ao lidar com as angústias dos pacientes.

De fato, todo esse processo de supervalorização das ciências, da super-especialização e do aparato tecnológico que acompanhou o desenvolvimento da medicina nestas últimas décadas trouxe como consequência mais visível a “desumanização” da prática médico. Um sujeito que se foi transformando cada vez mais em um técnico, um especialista, profundo conhecedor de exames complexos, precisos e especializados, porém, em muitos casos, ignorante dos aspectos humanos presentes no paciente que assiste.

Moreira Filho (2005) nos mostra que a técnica deslocou o pêndulo da medicina para a vertente objetiva e interpôs entre o profissional e o paciente, muitos aparelhos e

exames. Salva-se um número maior de pacientes, mas perde-se na qualidade da relação, surgindo assim novas angústias.

Isso não ocorre, apenas por força das exigências de uma formação cada vez mais especializada, mas também em função das transformações nas condições sociais do mundo do trabalho, que proporcionaram uma abreviação do contato com o paciente.

Gadamer (1993), ancorado no pensamento hermenêutico, destaca os atributos da prática do médico na produção da saúde, como uma profissão que há muito é definida como ciência e arte de curar. Segundo ele, em todo processo diagnóstico e terapêutico, a familiaridade, a confiança e a colaboração estão altamente implicadas no resultado da arte médica. Conduz sua reflexão sobre a humanização da medicina, em particular da relação do médico com o paciente, para o reconhecimento da necessidade de uma maior sensibilidade diante do sofrimento do paciente. Esta proposta, em relação à qual várias outras convergem, aspira ao nascimento de uma nova imagem profissional, responsável pela efetiva promoção da saúde ao considerar o paciente em sua integridade física, psíquica e social, e não somente de um ponto de vista biológico.

Percebe-se, então, a necessidade de uma reconstrução na relação médico-paciente, de uma reflexão a respeito de uma formação mais abrangente. Um repensar nas idealizações sobre as representações do ser médico, do lugar da cura, já que a arte de curar transcende o conhecimento científico e o cuidado. Do estabelecimento de uma abordagem mais ampla, na qual o profissional de medicina possa se relacionar com seu paciente, a partir de sua humanidade, aliada ao aparato técnico-científico, em prol de estabelecer o bem-estar daquele doente como um todo e não somente focando na remissão do sintoma e da doença e de toda a tecnologia médica disponível, pois a extrapolação na solicitação de exames acaba por dificultar a compreensão do sofrimento dessa imensidão denominada homem.

Sucupira (2007) acentua:

os efeitos da relação médico-paciente são reconhecidos há bastante tempo e têm uma importância fundamental para a adesão e sucesso do tratamento. O médico é parte integrante do tratamento como mais poderoso medicamento, para alguém que está querendo todas as garantias de cura. (p. 621)

E quando essa cura não é mais possível? Como fica o médico frente a essa não possibilidade de cura, se ele está inserido numa cultura que busca incessantemente por ela? Se sua formação não o capacita para esse enfrentamento? Frente a contatos muito próximos que revelam a possibilidade humana de morte, esses profissionais se veem perante a expectativa de que sua função é curar e restabelecer a saúde de todos que o procuram, perdendo de vista que a morte é inerente à condição humana. Por isso a relação médico – paciente, em função dessas características, é uma das relações mais complexas que existem. Faz-se necessário nos debruçarmos sobre essas questões. Afinal temos, de um lado, o aprimoramento da técnica, a sofisticação dos exames aumentando a precisão diagnóstica, facilitando o trabalho do médico; de outro, como já apontado por diversos autores, em diferentes períodos, foi-se perdendo o espaço do encontro intersubjetivo, de uma prática composta pela observação, pela comunicação, pela percepção do homem em sua totalidade.

É valoroso o olhar para a História da Medicina, já que nela estão contidos elementos de humanidade que proporcionam uma reflexão sobre a situação atual da mesma e em qual direção caminha e quer caminhar. Não é por acaso que o próprio Hipócrates valorizava o estudo da História da Medicina. Assim, não se pode compreender a medicina atual de forma precisa e profunda se ignorarmos a evolução do conhecimento médico.

Não se pode definir a enfermidade apenas a partir das ciências da natureza, porque ela é também um conceito ideal. Inúmeros fatores de ordem cultural, social e pessoal imbrincam-se na sua conceituação. A forma de concebê-la, seja qual for, comporta também uma vertente histórica. Cada época tem seu ideal de saúde e de enfermidade. Atualmente estamos na era em que o bem - estar do homem centra-se na ausência de dor e de sofrimento. (Moreira Filho, 2005, p. 43)

No mundo atual, os médicos e os pacientes não são mais os mesmos que em outros momentos da história e o encontro entre eles não acontece como antes. Nas últimas décadas, a relação médico-paciente vem ganhando cada vez mais espaço na literatura internacional, contudo apenas recentemente têm se avançado no que se refere à inserção desse tema na formação do médico. Por sua vez, a relação médico-paciente ainda é um tema marginal, frente à hegemonia do modelo biológico-organicista que domina a formação médica do nosso meio (Sucupira, 2007).

É inegável, portanto, o desafio cotidiano enfrentado por esse médico-homem no lidar cotidianamente com o enfrentamento da morte.

5. A medicina e a oncologia

“Pedras no caminho?”

Guardo todas.

Um dia, vou construir um castelo...”

(Fernando Pessoa)

Neste capítulo, através das narrativas de nossos entrevistados, obtidas nas entrevistas, abordaremos as motivações e vocações dos jovens pela medicina, a escolha pela oncologia como especialidade médica e o cenário da vida diária dos oncologistas, ou seja, sobre o ser oncologista.

5.1. Concepções sobre a medicina

É muito comum, diante de alguém que se submeterá ao vestibular, a pergunta: Qual é a sua vocação? Como nos mostra Arruda e Millan (1999), a palavra “vocação” vem do latim *vocatio*, que é a tendência, propensão ou inclinação para qualquer ofício ou profissão. Acrescentam-se ainda índole, talento, predestinação, chamamento pelo qual Deus destina um homem a uma função determinada, já que o sentido original da palavra é teológico.

Para Ignarrez (2002), a vocação é uma forma de explicar a escolha, ou seja, uma forma que, por muitas vezes não ser consciente, lança mão de figuras e conceitos culturalmente estabelecidos. E assim, segue-se com mais uma pergunta: qual a profissão que irá escolher? Essa escolha torna-se cada vez mais difícil em função da

multiplicidade de profissões existentes. Há décadas, o sujeito tinha um número mais restrito de carreiras – apenas profissões como administração, direito, engenharia, medicina, odontologia – diferentemente da atualidade, em que surgem novas áreas de atuação e novas profissões.

Conforme aponta Peruzzi (2000), há muito tempo, o conceito de profissão possui legitimidade enquanto área de conhecimento, sendo, inclusive, a categoria central do campo da sociologia acadêmica: a Sociologia das Profissões. O sujeito que se vê frente a um grande leque de profissões fará a sua grande escolha partir de alguns critérios, relacionados a influências vocacionais, familiares, sociais, econômicas entre outras. A sociedade, por sua vez, atribui características específicas aos que escolhem determinadas profissões e áreas; contudo é importante comentar que cada época possui um ideal no que se refere ao papel a ser desempenhado pelos profissionais. Na área da saúde, por exemplo, aponta-se o desejo de ajudar às pessoas. No que diz respeito à medicina, peculiaridades outras são exigidas, como: o senso de responsabilidade, a vocação para salvar vidas, ter sensibilidade para lidar com pessoas. Todos esses fatores são considerados importantes para quem quer ser um estudante de medicina. Muitas vezes, o sujeito que está prestes a decidir que profissão escolher baseia-se também nessas concepções do senso-comum. O sujeito que está na iminência dessa escolha, inicia uma pesquisa consigo mesmo, focando na busca de uma ocupação profissional que se alie a sua vocação, uma vez que é mais interessante trabalhar todos os dias em algo que se gosta de fazer. Por vezes, procura-se um ofício ou carreira que não sejam antagônicos às suas aptidões. Quando isso acontece, por várias questões, dentre elas, as sócio-econômicas, que não nos cabe discutir aqui, realiza-se a conexão entre a motivação para a profissão e a esperada realização pessoal que poderá ser advinda do cotidiano de trabalho.

A percepção pelos campos de interesse geralmente é buscada na adolescência do sujeito, momento em que iniciará a fase pré-vestibular. No que diz respeito ao assunto ligado às características pessoais para adentrar na profissão médica, percebe-se que essa é uma preocupação antiga.

Millan aponta que

Hipócrates discutia este assunto em seus textos, chamando a atenção para as características necessárias para se tornar um médico. O Pai da Medicina propôs que os médicos deveriam ter habilidades naturais, cultura, disposição para o estudo, uma sólida experiência, perseverança, apreciar o trabalho e disponibilidade de tempo. No entanto, em nível mundial, a seleção de novos estudantes de medicina geralmente não leva em consideração essas características, mas enfatiza os aspectos cognitivos. (Millan, 2005, p. 143)

Millan (1999) e Pereira (2005) se questionam sobre o que encaminharia um jovem para uma profissão que o deixaria mais próximo do que mais teme - o sofrimento e a morte. Buscam reflexões sobre a práxis médica, suas motivações e suas vicissitudes.

O que tem levado, então, os jovens, hoje em dia, a escolherem a medicina? E o que essa escolha inicial tem, posteriormente com a especialidade a ser escolhida? No que tange a nossa pesquisa, interessou-nos saber como os oncologistas escolheram medicina e oncologia.

Perrusi (2000) diz que o aspecto vocacional da medicina já sofreu grandes transformações nos últimos 40 ou 50 anos; que vem de uma “missão” ou “sacerdócio”, termos impregnados de simbologia religiosa, e modifica-se recebendo uma atribuição mais técnica.

Conforme aponta Moreira, Silva, Tertulino, Vilar, e Azevedo (2006), muitos fatores têm sido citados como determinantes para a escolha da carreira médica: identificação pessoal, influência familiar, independência financeira, o desejo de ajudar às pessoas, o conhecimento biológico e a curiosidade científica. O referido autor organiza as motivações pela escolha da medicina em três diferentes eixos: interesse humanitário, interesse científico e posição socioeconômica.

Millan (1999) também aponta fatores semelhantes, como interesse pela biologia e influência de terceiros, além do círculo de amigos e dos pais médicos.

Vejamos o que foi trazido como motivação para a escolha da medicina pelos nossos entrevistados quando perguntados em relação ao fato de terem optado pelo curso de medicina:

Tanto a medicina como a oncologia, *a principio o que me chamou mais atenção foi a parte científica mesmo*. Pra medicina, eu achava muito interessante estudar o corpo humano e o funcionamento do corpo humano. Foi o que me fez pensar primeiro com o que eu ia trabalhar; e depois com a oncologia. A principio, era pra estudar doença. (Dr. Hermes)

Não tive influência do meu pai que é médico. Estava na dúvida no que fazer, entre medicina e arquitetura. Ele sentou: disse tudo de ruim na medicina, que tinha que estudar a vida toda, que era difícil cuidar da família, se eu achava que ele era presente, e eu disse não, você é muito ausente e eu dizia você trabalha demais e as vezes eu fico esperando, durmo, você não chega; pois é, minha filha ser médico é isso. Vai ter que arcar com essa responsabilidade. Não quero que você escolha por mim;

quero que você escolha por você, *uma coisa pra você ser feliz para o resto da vida, eu digo: é isso que eu quero.* (Dra. Higéia)

Veja bem, *minha família tem vários médicos, né?* Meu pai é, e assim eu sempre, desde criança, influência mesmo, até do meu pai. Sempre sonhei em ser médico, pelo fato que, eu acredito *que é uma profissão mais humanista, né?* E na oncologia minha fascinação sempre foi o paciente mesmo, o contato clínico. (Dr. Apolo)

A medicina desde que eu comecei a pensar nesse negócio de profissão, que eu já achava a *profissão médica, uma profissão bonita* e que eu queria fazer, não sei se teve alguma coisa especial não, mas eu sempre tive isso na cabeça. Meu pai não é médico, não foi nenhuma influencia externa, não. Quis fazer porque eu já pensava em fazer desde criança. É uma especialidade que você... envolve muito... clínica médica muito forte na especialidade, eu sempre gostei na faculdade, *de investigação.* (Dr. Prometeu)

Nos relatos acima, percebeu-se que os interesses giraram em torno das *influências científicas, do significado social atribuído à profissão médica, bem como a influência de terceiros, como pais e amigos.*

Um dos participantes citados refere-se à profissão como *bonita*; outros citam a questão da *responsabilidade* e o atributo de ser uma *profissão mais humanista*. É oportuno comentar que os itálicos nas citações têm o intuito apenas de destacar para o leitor aspectos centrais das falas.

Gaspar (2006) diz que a percepção acerca da profissão médica nos estudantes de ensino secundário revela-nos que as principais razões que levam os alunos a escolherem a medicina têm fundamentalmente a ver com a vocação de serviço e a boa imagem da figura do médico.

Nesse sentido, já argumentava Fallowfield (1995) sobre a medicina ser considerada como uma profissão bonita, com alto status social e que, mesmo em função das recentes mudanças, ainda oferece boa remuneração e uma razoável segurança de trabalho. Hoje em dia, a remuneração é um atrativo menor, pois, como aponta Nogueira-Martins (2003), a categoria médica vem passando por um assalariamento e uma perda de atividade liberal e autonomia profissional.

Quanto ao ponto declarado sobre a influência familiar, de modo geral, é mais referido em relação ao convívio com o ambiente médico desde a infância que, como aponta Ignarrez (2002), é a admiração por pais ou familiares e não uma pressão sobre o estudante para escolher a medicina.

Uma das entrevistadas referiu que o seu pai insistiu para que ela não fizesse medicina, alegando, entre outros sacrifícios, a dificuldade de cuidar da família. Nessa direção, as reflexões de Millan (1999) pontuam que, historicamente, as mulheres eram consideradas incapazes de serem médicas, com o argumento de que seu perfil de personalidade não era adequado, pela ausência de tempo e lazer com a família, pela necessidade de continuar estudando após a graduação para se manter atualizada e viver em contato com o sofrimento e a morte de pessoas em hospitais e clínicas por um período longo de sua vida. Acontece que elas seguem escolhendo a medicina; contudo não se sabe se é pelas mesmas razões que os homens escolhem.

Moreira et al. (2006) advertem que, depois de dominados os obstáculos iniciais ligados à fase pré-universitária, como: cursinho, pressão social, medo de não

corresponder à expectativa dos pais, o excessivo número de candidatos concorrendo à mesma vaga para medicina, todos chegam à universidade repletos de sonhos e com o ideal de ser um médico admirado e respeitado. Agora o calouro do curso de medicina se sente valorizado pela família e orgulhoso pela grande conquista, acreditando que todos os problemas foram finalizados e que ser médico é apenas uma questão de tempo.

Após esse momento inicial, as dúvidas iniciais referentes à escolha da profissão, a euforia pelo início de um novo curso, percebe-se que os alunos se deparam com um curso bastante exaustivo em função da grande carga horária, da demanda de plantões, da complexidade do trabalho, ou seja, com um caminho longo e árduo e que dá espaço para novas angústias, desorganizações e reorganizações emocionais. E assim eles seguem em direção ao internato, momento de transição entre a academia e o vir a ser profissional, momento em que ele vai aplicar os conhecimentos adquiridos até então; e, ao término do curso propriamente dito, ocasião em que se deparam também com a angústia decorrente da necessidade de mais uma escolha, agora frente ao processo seletivo para a escolha da especialidade médica.

A problemática dessa escolha pelas especialidades médicas tem sido amplamente estudada. Todd (1987) diz que, ao longo dos anos, o número de especialidades aumentou consideravelmente e se refere a uma grande explosão do conhecimento; que tem sido importante dominar um pequeno segmento da medicina e, por isso, especializar-se é obviamente essencial.

Notam-se mudanças nos padrões de escolhas dos estudantes. Tais mudanças parecem fortemente influenciadas pelo poder da tecnologia e pelos desafios e exigências de uma sociedade em mudança.

O declínio de interesse dos estudantes de medicina por algumas especialidades reduz a taxa de ocupação nas vagas e tem gerado preocupações nos órgãos

representativos da classe. Percebe-se que isso é um problema complexo e multifatorial. Paralelamente, outras especialidades são extremamente procuradas, o que faz com se dificulte a entrada dos estudantes, em função da grande procura e do restrito número de vagas.

Como aponta Gaspar (2006), mais de 50% dos estudantes nos EUA não estão interessados em disciplinas generalistas e preferem as especialidades orientadas para os procedimentos técnicos e mais bem remuneradas. Percebe-se a grande influência de fatores relacionados a estilos de vida nas escolhas profissionais, entre os quais o número de horas de trabalho semanal, o tempo disponível para outros interesses, a percepção de número de chamadas noturnas. São aspectos que contribuem para a decisão sobre as escolhas de especialidade.

Para o referido autor, percebe-se uma tendência dos estudantes a buscarem muitas vezes especialidades munidas de procedimentos técnico/cirúrgicos, e/ou de pouco contato com o paciente. O interesse humanístico tem sido cada vez menos referido como influência na escolha. A importância dos valores humanísticos na formação dos jovens médicos, perante os novos desafios que se colocam à medicina de nosso século, permite-nos interrogar acerca do tipo de estudantes que as faculdades estão formando na atualidade.

Conforme nos apresenta Quintana, Rodrigues, Goi, e Bassi (2004), há recomendações e diretrizes para que os atuais currículos contemplem a capacidade reflexiva, a compreensão ética, a psicológica e a humanística da relação médico-paciente, bem como a indicação para que a estrutura do curso inclua dimensões éticas e humanísticas.

Fallowfield (1995) diz que, indubitavelmente, muitos médicos deixam as universidades com competência no que diz respeito a exames físicos, bem como a

outras práticas técnicas, mas muito deficientes na parte humana e nas habilidades de comunicação.

Luz (1997) defende que uma medicina que possa ser considerada humana tem que ressituar o paciente; este deixando de ser apenas objeto de investigação, mas priorizando a relação terapêutica.

Um modelo para uma prática médica mais humanizada e efetiva foi proposto por Charon (2001) sob o termo “medicina narrativa”, designando uma medicina praticada com a competência narrativa do diálogo entre médicos, pacientes e colegas.

Os nossos entrevistados com menos tempo de formação, ou seja, com dois anos de término da especialização em oncologia, trouxeram destaque à escolha do interesse técnico-científico aliado ao ideário humanista. No entanto, mesmo os oncologistas com tempo maior de atuação, ou seja, entre 17 e 20 anos de término da especialidade, também não apontaram na direção de uma escolha mais voltada para o tecnicismo, embora os mais novos a enfatizassem mais. Assim, também os dados de Silva (2006) demonstram a presença forte da tentativa de unir o técnico ao humano na escolha profissional, ainda que este seja arrefecido pelo engendramento excessivamente técnico a que são submetidos os estudantes. Nos argumentos também defendidos por Souza (2001), a formação médica, o lugar de transmissão do saber, o lugar privilegiado de reprodução da prática médica passam além da aquisição de conteúdos e habilidades técnicas pela apreensão do cenário social onde se desenrola a prática assistencial.

Nessa busca em aliar o técnico ao humano, caminham e caminham alguns médicos ao escolherem e exercerem sua profissão e sua especialidade.

5.2. A escolha

Millan (1999) faz referência aos comentários dos próprios alunos quanto às preferências pelas especialidades, de acordo com o tipo de personalidade; que os que escolhem cirurgia são vistos como dominadores, arrogantes, agressivos e enérgicos e refere-se também à necessidade da especialização para que o médico possa desenvolver um trabalho como profissional liberal; que o doutorando tem que perceber qual a especialidade que deseja para si, para a qual tem talento e disponibilidade, já que, dependendo do ramo dentro da profissão, ele se deparará com situações e vivências diferentes. Na escolha da Oncologia, por exemplo, o aluno já deve saber que se encontrará com mais frequência com situações delicadas de diagnóstico, prognóstico, pacientes sem possibilidades de cura e na iminência da morte.

Loriot (2010) realizou o primeiro estudo para avaliar os fatores que representam a escolha dos residentes pela oncologia, ou seja, para entender as razões que estão por trás da escolha da especialidade, como também identificar as áreas que precisam ser melhoradas no ensino da oncologia. Referiu também que se sabe muito pouco sobre os processos de tomada de decisão usados pelos médicos quando escolhem carreiras de sub-especialidade e que isso particularmente também se aplica na oncologia.

Em relação aos nossos entrevistados, quando questionados em relação ao que os fez escolher a oncologia como especialidade médica, referiram o encontro com a disciplina por ocasião da graduação, através de estágios e contatos com professores, o que lhes fez despertar o interesse, além das influências familiares, do interesse pela investigação diagnóstica, mais fortemente pela parte científica propriamente dita, acrescido do fato de ser uma clínica que engloba muitas especialidades, ou seja, a agregação de várias clínicas numa só. Destacou-se a facilidade para o profissional no que se refere ao cunho técnico/ racional; características inerentes à especialidade, em

relação à abrangência de sua atuação, pelo fato de poder transitar pelo conhecimento e pela competência de várias especialidades. No motivo da escolha, não houve destaque para os vínculos com o paciente, familiares e seus aspectos emocionais, apesar de alguns os considerarem como um fator importante no dia a dia do oncologista, conforme comentaremos mais adiante.

O estudo de Lorient (2010) trabalha com a motivação por trás da escolha da especialidade de oncologia médica, bem como dos seus planos de carreira. Encontrou como resposta o interesse pela pesquisa e a diversidade da atividade, dados que corroboramos em nosso estudo.

As falas dos nossos entrevistados são ilustrativas:

Na oncologia, a princípio, era pra estudar a *doença* mesmo. Então, foi realmente a *parte científica*, foi achar muito interessante o assunto e a *parte biológica da doença*. (Dr. Hermes)

É uma especialidade que você... envolve muito, *Clínica médica muito forte* na especialidade, eu sempre gostei na faculdade de *investigação, investigação diagnóstica*. (Dr. Prometeu)

Você faz clínica médica, no sentido da palavra, o *atendimento das várias áreas*, então o paciente quando vem para você ele não está mais indo para o endócrino, para o... você vai cuidar de tudo. Não que você seja super-herói, tem determinadas situações que a gente precisa, mas na maioria das vezes não precisa do especialista, entendeu? (Dra. Panacéia)

Na verdade a *agregação de várias clínicas numa só*. Quando eu era estudante eu gostava de várias coisas gastro, nefro, etc. E aí eu vi que o *oncologista era na verdade um clínico geral*, porque você trata de câncer de tudo não é? É uma doença crônica grave que tem outras implicações nesse meio termo, por exemplo, eles tem dor, tem que dominar um pouco de controle da dor, precisa de apoio nutricional, você precisa entender um pouco de nutrição, além disso é diabético, hipertenso, e isso implica em cuidado. (Dra. Artêmis)

Raven (1973), discorrendo sobre a oncologia, aponta que se trata de um assunto multidisciplinar, composto de arte e ciência e diz que aqueles que trabalham em oncologia, quer seja na clínica, ou em outra especificidade, percebem a ampla necessidade do conhecimento da medicina básica e das ciências paramédicas. Suas exigências educacionais abraçam mais do que um conhecimento de fisiologia, bioquímica, imunologia, entre outros. Adquirir conhecimentos em profundidade de todos esses assuntos é difícil, mas os oncologistas precisam conhecer as linguagens, os entendimentos e suas importantes conexões com a oncologia, para poderem gerenciar e manejar os pacientes com doença oncológica e suas famílias. Vejamos um relato de um entrevistado que nos mostra o quanto essa relação entre oncologista, doente e família é estreita:

Eu acho que *ser oncologista é fazer parte da família do paciente*, porque principalmente com alguns, *a gente acaba se envolvendo, cria um vínculo com a família*; eles se abrem, nos contam tudo e a gente tem que transmitir confiança para ele do nosso conhecimento sobre o assunto, sobre o tratamento, tendo que ter paciência quando a gente se depara com mil e uma situações difíceis. O paciente fica bravo, a família dele te

enche de perguntas, isso consome, mas se nos colocarmos no lugar dele percebemos que temos que ser disponíveis. O oncologista é o profissional que ele mais tem de confiar. (Dra. Héstia)

A fala ilustra o quanto, além dos conhecimentos técnicos específicos, a vivência em oncologia implica também lidar com os aspectos existenciais do paciente e seus familiares, exigindo dele habilidades humanísticas.

Brammer (1998) destaca ainda que a especialidade de oncologia é predominantemente clínica, ou seja, a avaliação dos pacientes se dá pela história clínica do sujeito, por exames específicos, em vez de técnicas e grandes equipamentos. Contudo ressalta a necessidade de o especialista em oncologia ter o entendimento do lado técnico, já que é essencial para a prescrição do tratamento. E assim, percebemos no relato de uma entrevistada a necessidade de se aproximar e adquirir conhecimentos para além da clínica na oncologia, por exemplo, em radiologia. Contudo, mostra certa dificuldade quando se depara com algo em que a técnica predomina:

Eu sempre tive certeza que queria uma especialidade clínica, e assim, quando fui para a oncologia senti necessidade de aprender radiologia também. Mas foi muito difícil. É um negócio muito frio, com muita física, pouco contato com o paciente. Enfim não gostei, sempre gostei da parte clínica. (Dra. Héstia)

Cano (2008), ao considerar algumas especificidades da oncologia, relata que as fantasias e os estigmas relacionados ao câncer permeiam não apenas as pessoas de um modo universal, mas também os profissionais. Desse 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. Pode-se notar nas entrelinhas, em relatos dos nossos entrevistados, certa reserva em relação ao câncer e à oncologia. Vejamos:

Brinco e digo que a oncologia sempre me acompanhou. Sempre que sorteavam os leitos, o meu era oncológico. Eu digo: minha nossa senhora! Hoje eu me sinto super bem sendo oncologista; não me vejo fazendo outra coisa. (Dr. Apolo)

Eu conheci a especialidade quando era aluna da graduação no Hospital Luiz Antonio, minha mãe dizia faça oncologia, e eu não, não, não quero, é feio, é muito sofrimento, eu via aqueles pacientes caquéticos com odor forte quando a doença estava avançada. Mas no ultimo ano me deu vontade de voltar e ver de novo a oncologia, o fato do campo está aberto me levou também a isso. (Dra. Héstia)

Percebe-se nesses relatos a dificuldade inicial do contato com o câncer e com os sintomas inerentes à doença; enfim, com as especificidades da especialidade. Ou seja, precisaram de um contato mais próximo para uma ressignificação do doente oncológico.

Raven (1973) diz que são muitas as considerações sobre o termo câncer. Só o termo já causa medo disseminado e pessimismo, é oportuno situar o paciente no seu próprio caso.

Sendo assim, deve-se em primeiro lugar clarear o significado da palavra, a evolução dos conhecimentos e dos sucessos terapêuticos alcançados atualmente. Há a necessidade de desmistificar a palavra câncer diante dessa diversidade de conceitos existentes. Normalmente, quando se fala em câncer, surge uma impressão muito ruim; contudo, muitas vezes, muito distante da realidade.

Brammer (1998) assinala também algumas vantagens e desvantagens na especialidade de oncologia clínica. Como vantagem, refere às oportunidades de pesquisa, o fato de possuir grande diversidade e por isso ser estimulante e recompensador, pois instiga novos estudos, desenvolvimentos e possui boas perspectivas de trabalho. Como desvantagem, cita o fato de ser emocionalmente demandante, com empenho pesado, e pelo fato de, muitas vezes, trabalhar em serviços de Câncer com recursos limitados. O relato abaixo, quando a oncologista cita a quantidade de literatura médica disponível, ou seja, o fato de ser uma especialidade com um grande volume de pesquisas e estudos superatualizados, é ilustrativo quanto ao estímulo gratificante provocado pela especialidade nesse aspecto. Vejamos:

É uma especialidade que tem muitos estudos disponíveis e gosto disso, para mim eu não estou perdendo tempo quando estou estudando câncer, é igual a uma pessoa que ler uma revista e não se sente cansada. Ela também exige emocionalmente da gente, saber que droga usar, quando usar, qual melhor tratamento, lidar com o medo que o paciente tem do tratamento e da morte e se você não está preparado e não se dispõe a isso você não é oncologista, é qualquer outra coisa. (Dra. Afrodite)

Entretanto, Meyskens e Shanafelt (2005) destaca que treinar profissionais para praticar a especialidade médica da oncologia é uma luta estressante; que durante o processo de treinamento dos futuros oncologistas, até o término da residência, eles geralmente se depararão com muitos sacrifícios, entre eles, privação de sono, longas jornadas de trabalho em hospitais, dificuldades em administrar a própria agenda, incluindo lazer e programações da vida pessoal, pressões inerentes à especialidade, como: paciente em grande sofrimento e na iminência da morte. Encontramos um entrevistado que relatou exatamente isso, sobre a falta de tempo para a família, para o

filho e que, muitas vezes, o deixa doente, para atender a sua demanda diária de trabalho.

Vejamos:

Olha, deixo meu filho em casa, doente às vezes, com minha mãe ou alguém, mas vou, porque eu sei que tem alguém precisando muito de mim, em momentos muito difíceis e a gripe dele é uma coisa boba, ele está bem acomodado né? (Dr. Apolo)

Talvez, em função de todos esses elementos, a referida especialidade não motive a maioria dos jovens médicos para a escolha da oncologia clínica. De acordo com Legant (2009), existe uma emergente e ameaçadora escassez da mão-de-obra dos oncologistas. Parece, de fato, difícil recomendar que um médico jovem escolha uma especialidade com muitas horas de estresse emocional contínuo, apesar da compensação recebida no cumprimento do trabalho, como a satisfação pessoal dos relacionamentos profundamente satisfatórios com seus pacientes. O referido autor comenta ainda que a redução do número de oncologistas acontece na mesma proporção do aumento do número de pacientes, crescimento esse que se dá tanto pelo envelhecimento da população, como pelo número significativo de pacientes que são sobreviventes de câncer. Tais sobreviventes fazem com que o especialista vivencie a alegria pelo sucesso relacionado ao tratamento oferecido, mas também sinta a angústia pela carência de espaços na agenda para atendê-los.

Loriot (2010), em uma pesquisa que objetivava analisar questões demográficas e motivações dos residentes para a escolha de oncologia, aplicando um questionário em 33 países, também observou entre os médicos uma redução no número de jovens oncologistas e que uma dramática diminuição no número deles é esperada para os próximos 15 anos, o que faz com que o número de oncologistas não seja suficiente para suprir a futura demanda. Ele reflete sobre os passos que deveriam ser seguidos para

prevenir o declínio persistente no número de médicos que queiram ser treinados e que queiram trabalhar na oncologia. E expõe também que entender o que motiva os médicos a tornarem-se oncologistas é fundamental para os esforços de recrutamento para a especialidade, para que os mentores foquem nessas questões, a fim de continuarem a atrair oncologistas clínicos de alta qualidade.

Nossa reflexão se coaduna com os argumentos de Millan (2005), quando ele aponta que o interesse e a importância de perceber os diferentes aspectos das vocações e motivações para que os alunos se tornem médicos podem contribuir para suporte nos planejamentos pedagógicos, evitando, assim, problemas psicológicos, otimizando e educação durante o período de graduação.

Por sua vez, Gaspar (2006) aponta que, no que diz respeito também à escolha de uma especialidade, isso tem sido avaliado, quanto aos atributos percebidos como potencial para uma especialidade, o que pode incluir resultados profissionais, estilos de vida, desafio intelectual, orientação tecnológica, habilidades clínicas, opções geográficas e potencial para investigação ou gestão, mas fundamentalmente respondendo às suas características pessoais. Vale ressaltar que a importância do humanismo na sua vida profissional contribui em larga escala para as suas escolhas. Os estudantes escolhem com base nas suas próprias necessidades e circunstâncias de vida familiar e além das características da especialidade que estão a considerar, ou seja, nas imagens e impressões pré-existentes, percebidas ao longo da sua vida pessoal e acadêmica acerca dessa especialidade. A educação médica tem um papel fundamental na definição do perfil do médico do futuro, sobre a importância dos valores e características pessoais dos estudantes de medicina e a necessidade de incorporação dos mesmos nos programas curriculares. E no que diz respeito à oncologia, é importante ressaltar que ela vem sofrendo mudanças rápidas.

Schrijvers (2003) alerta que os processos de educação continuada e o progresso contínuo do conhecimento em diferentes áreas como habilidades e atitudes frente ao cuidado do câncer e melhorias deveriam ser implementados para a prática clínica diária. Para garantir e otimizar o cuidado aos pacientes de câncer, os médicos oncologistas devem participar dos programas de educação continuada. Os principais objetivos de tais programas seriam melhorar a qualidade do cuidado ao paciente, estabelecer padrões de competência clínica e encorajar as exigências de educação continuada que garantam profissionais de excelência em qualquer tempo.

Fato é que muitos fatores interferem nessa escolha e o desejo de ser oncologista é motivado também por inúmeras questões subjetivas ditas, e não ditas, re-conhecidas ou não, que vão configurando os significados dessa escolha.

5.3. O ser oncologista: entre o técnico e o humano

O ser oncologista, ou seja, os significados de exercer essa profissão foi uma questão que permeou nosso estudo, inicialmente investigada por meio de uma evocação de palavras, a fim de iniciar a entrada no tema de forma menos racional e ir crescendo na investigação e na análise ao longo do processo das entrevistas.

Os oncologistas foram solicitados a falar as primeiras cinco palavras que lhes vinham na mente quando pensavam em oncologia (Figura 1). Tal diagrama ilustra esquematicamente os vários sentidos e significados presentes para nossos oncologistas entrevistados. O diálogo com suas falas nos permitirá um melhor entendimento das palavras proferidas para desvelar seus sentidos. Observamos que os depoentes elencaram principalmente as habilidades humanísticas, a realização profissional, o zelo, a atenção, a paciência e o cuidado para com o paciente, o comprometimento que se deve ter, entre outros. Foi possível perceber também fatores da convivência com o doente,

como o bem-estar, a qualidade de vida, a presença da família e fatores diretamente ligados ao tratamento e à doença propriamente dita, como difícil e diversificada. Sendo assim, o que foi trazido por eles foi resumido em quatro eixos: Dimensões existenciais/crenças; convivência com o doente; habilidades humanísticas; tratamento/doença.

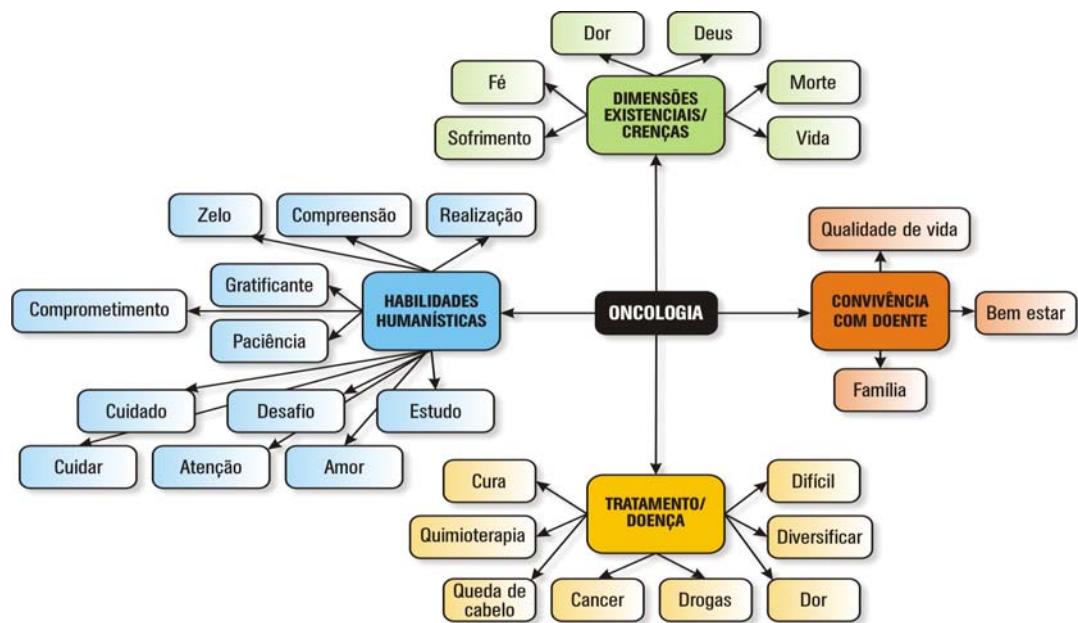


Figura 1. Concepções dos entrevistados sobre Oncologia

Pollak, Jeffreys, e Alexander (2007) comenta que, no cuidado do câncer, desvelam-se as preocupações do oncologistas com o intenso sofrimento do paciente, o que faz com que tal profissional acesse primeiro suas preocupações com suas habilidades humanísticas, em como lidar com suas próprias emoções, em como aproveitar oportunidades de criar respostas empáticas e que transmitam comprometimento e confiança. É interessante ressaltar que os nossos entrevistados, quando questionados em relação à motivação para a escolha da especialidade, revelaram fortemente a questão da investigação clínica, do estudo, do bom técnico. No entanto, nas evocações de palavras, esses elementos não surgem. Talvez por ter sido um

momento elencado de subjetividade diferente do momento de resposta a uma pergunta formal, que passa pelo crivo do racional, como algo necessário ao oncologista “politicamente correto”. É sugerido então, mesmo que de maneira incipiente, que, no imaginário dos oncologistas, estejam mais presentes mesmo os aspectos da dimensão do humano e do cuidado. Isso nos leva a pensar que tais profissionais precisam estar reencontrando e reinventando a sua humanidade.

Quando solicitados a *descrever o que é ser oncologista*, é interessante apontar que, novamente, em quase sua totalidade, eles referiram a importância de atributos como: muito estudo e atualização constante; contudo referiram-se também à parte humana como de fundamental importância.

Trouxeram os aspectos difíceis do ser oncologista elencados como: dificuldade em lidar com pacientes mais frágeis e ainda pelo estigma do câncer, uma especialidade que é cansativa, dura, pesada, em que se vê muito sofrimento; lidar com o paradoxo entre querer curar e ter que enfrentar a perspectiva da morte diariamente. Contudo, mesmo diante de todos esses fatores, mencionaram também a realização por cuidar de pacientes em um momento tão frágil de suas vidas por parte de alguns profissionais e o prazer em descrever o oncologista como alguém que está muito próximo do seu paciente e que representa vários papéis em sua vida.

Vejamos algumas falas ilustrativas:

É difícil ser oncologista, porque se lida com pessoas frágeis, que estão num momento frágil da vida, aí a gente tem que pensar como a gente se comportaria se fosse a gente. São momentos difíceis de diagnóstico, a gente dizer que ele está com um tumor maligno ou que está entrando numa fase terminal, a gente tem que passar clareza, calma verdade,

sinceridade, ele adquire uma confiança muito grande, fica muito dependente do seu médico. (Dr. Apolo)

Encontramos em Armstrong e Holland (2004) as dificuldades inerentes ao oncologista, em função de tudo o que os pacientes demandam em função de suas fragilidades. Comentam que tal desgaste é característico de qualquer especialidade médica, mas que, na oncologia, isso é observado em maior destaque. A fala acima, por exemplo, demonstra o convite que o câncer faz ao médico em pensar sobre a possibilidade de ele estar naquele lugar, vivendo, enfrentando tal doença. É fato que, em muitos momentos, isso impele o oncologista a desenvolver uma empatia com o paciente. Isso o ajudará a lidar com verdade e serenidade diante de seu paciente. Em outros, pode levar ao distanciamento desse contato consigo e, conseqüentemente, com o paciente.

Muitas vezes, o paciente estabelece uma relação de dependência com seu médico. Tal vinculação deve ser extremamente cuidada, estabelecida de uma maneira na qual o doente não perca a sua autonomia, que é tão valiosa para alguém que já está numa situação de limitações e que precisa depender realmente em algumas situações. Alguns oncologistas entrevistados mostraram apego e direção para a cura, enquanto outros dizem buscar preparo para a morte ou para o controle da doença, já que a perspectiva de cura é difícil. Percebe-se que esta questão morte x cura está presente todo o tempo. É difícil para alguns profissionais se depararem com a não possibilidade de cura, por se sentirem impotentes e fracassados. Por isso focam tanto na remissão da doença.

Silva (2006) nos mostra em sua pesquisa com residentes e estudantes de medicina que eles, mesmo se sentindo responsáveis pela cura, preocupam-se para oferecer cuidados físicos e emocionais ao paciente. Castro (2004) diz que ser médico é

carregar consigo séculos de diferentes simbologias; que é mais do que uma aspiração profissional; que desde os primórdios não há nada que traga mais aflição do que o sentimento de perda de um paciente, fazendo com que os profissionais se sintam responsáveis pela cura e assumam o compromisso pela mesma. E, assim, nota-se nos nossos relatos esse constante trânsito entre a cura x não cura e morte, convivendo com os fortes significados em torno desse saber-fazer: ser oncologista. Vejamos em suas palavras os significados elencados, como: exercer vários papéis importantes na vida do paciente; o fascínio pela cura e alívio da dor; a responsabilidade pelo paciente até a morte, se for o caso.

O oncologista é o psicólogo, o secretário, o amigo, o confidente, a pessoa mais próxima daquele paciente que tem o diagnóstico de câncer. Na hora que ele entra no seu consultório ele é seu pelo resto da vida, se ele for curado ou até o final da vida, até a morte. Em toda ocasião e situação ele procura você para resolver. Se pegou um problema de pele, se pegou uma escabiose, se gripou, se ta com problema na vista, qualquer coisa que ele tenha ele não procura outro médico, inicialmente ele vem e pede opinião.
(Dra. Afrodite)

Então, oncologia tem muito a ver com fascinação por tentar curar e amenizar o sofrimento das pessoas. (Dr. Apolo)

Tais significados, aliados a algumas tantas dificuldades vivenciadas no cotidiano dos oncologistas com os pacientes, implicam o desenvolvimento de competências humanísticas para exercerem seu ofício.

Como apontam Armstrong e Holland (2004), os oncologistas lutam com elementos psicologicamente estressantes que se relacionam ao sofrimento que seus

pacientes vivenciam e que, embora esse estresse não seja exclusivo da oncologia, nela ele é bem denso. Referem ainda que os oncologistas enfrentam muitos eventos estressantes em sua rotina diária de trabalho, como questões ligadas ao sofrimento, à cura e à morte e assim ficam sobrecarregados, comprometidos também com as atualizações científicas, chamadas ao telefone e as dificuldades de verem muitos pacientes num curto espaço de tempo, entre outros.

Koropchak et al. (2006) descrevem que, quase todos os dias, os oncologistas veem pacientes com quem eles devem discutir más notícias ou ajudar os pacientes a tomarem decisões sobre como lidar com uma doença que potencialmente limita a vida. Declaram ainda que os oncologistas têm que abordar as necessidades emocionais dos pacientes e que tais diálogos precipitam a ansiedade, a depressão e a capacidade de os mesmos enfrentarem a doença. Vejamos um exemplo:

Eu acho que de uma certa forma eu me *acostumei* com esse dia a dia. Porque são *tantas notícias ruins* que a gente da quase todos os dias né? A gente lida, claro que *alguns casos marcam mais*, né? Mas assim, na hora realmente às vezes até *chego a me emocionar*, dependendo da situação. (Dra. Héstitia)

Quando questionados em relação *ao que consideram importante para um oncologista competente*, voltam à questão da atualização constante, da calma, da clareza e da verdade para lidar com as adversidades que surgem ao longo de todo o processo de tratamento do paciente. São atributos que almejam e consideram importantes para alcançar o ideal de ser oncologista, ou seja, a capacidade de aliar a técnica e a atenção humanizada. Afinal, ter a responsabilidade de cuidar até o fim, como resumiu Dra Afrodite, significar lidar com más notícias e talvez com a presença concreta da morte, que causa tanta decepção.

Ammann e Baumgartner (2005) comentam que se os oncologistas tivessem mais oportunidades de refletirem sobre seus papéis, sobre a importância da comunicação, sobre o fato de que a responsabilidade da cura não depende totalmente deles e sim de uma série de fatores, entendendo que não são eles os únicos responsáveis pelo paciente; que existe toda uma equipe que pode conversar entre si e tomar decisões em conjunto, incluindo-se nesse contexto o paciente. Assim cobrar-se ia menos e o ofício se tornaria mais suave.

A questão da humanidade do profissional também aparece nas falas deles de forma significativa. Ramos (2009) nos fala sobre o sentido do trabalho em Saúde e sobre a constituição da humanidade do profissional frente às necessidades dos cuidados com a Saúde e o resgate do seu sentido ontológico, já que a atenção integral em saúde se volta para as necessidades do ser humano. Tal fato foi colocado como um fator que deve ser bem claro para o profissional, e a técnica, por melhor que seja, não supre a falta do contato humano, como bem descreve Dra. Atenas:

Eu acho que a parte *técnica, científica* é primordial, tá? Você tem que ser qualificado nisso, estar bem atualizado né? Ter essa parte científica que é bem importante, mas em contra partida esse outro *lado humano*. Eu acho que é a mesma coisa, 50% x 50%, entendeu? Em minha opinião... que é essa parte do *cuidado, da atenção, do amor, do zelo*, que para mim é fundamental. Eu acho que um oncologista completo é isso, quando ele consegue o *equilíbrio entre esses dois lados*. Não só a parte técnica, mas a parte humana também... para acolher aquele ser humano bem e tentar proporcionar a ele o que ele precisar. (Dra. Atenas)

Silva (2006), em sua pesquisa de doutorado, também encontrou nos discursos dos entrevistados a preocupação com a humanidade, ou seja, com disposições e

habilidades humanísticas, competências comunicativas e com boa relação médico-paciente.

As narrativas revelaram uma grande preocupação em se manterem atualizados sem perderem o foco na parte humana. Ou seja, reconhecem a importância de serem tecnicamente competentes, sem perderem a sensibilidade.

Como nos refere Novaes (1996), *Téchne* é um termo grego que significa ordem na produção que se pressupõe uma criação de modo de fazer, engenho e arte. Ou seja, trata-se das necessidades dos modos de fazer específicos. E quando se trata da técnica dirigida ao humano, é importante que se tenha a clareza de que ela deve ser aplicada de acordo com a arte e a sensibilidade de saber as necessidades de cada ser que ali se apresenta.

Como já comentado no início deste trabalho, o fazer médico foi-se modificando e, em função da racionalidade moderna, voltando-se para a técnica, ou seja, houve uma cientifização da arte do cuidar; a busca pela eficácia e pela razão. Isso fez com que os médicos se distanciassem daquele contato mais próximo de outrora. Atualmente percebe-se que eles se sentem divididos entre a parte técnica e a parte humanitária, na oncologia principalmente, pelo fato da grande velocidade de pesquisas na área, pelas descobertas que surgem tanto no que diz respeito à parte farmacológica, quanto na parte da biologia do Câncer.

Queiroz (1986) diz que a medicina ocidental moderna desenvolveu-se, mudando uma cosmologia que era voltada para a pessoa humana para outra, voltada para o objeto. Por outro lado, Novaes (1996) salienta que outros passos devem ser dados na construção do novo objeto da medicina.

Já Rozemberg e Minayo (2001) também caminham nessa direção quando falam sobre o olhar reducionista da formação profissional da medicina; sobre a tecnificação do atendimento e advogam por um olhar menos limitado e polarizado.

Impedir o avanço da ciência médica é uma insensatez, uma atitude inócua, e é desnecessário referir os benefícios oferecidos à humanidade em função dos avanços tecnológicos oferecidos pela medicina moderna (Siqueira, 2009).

O referido autor ressalta ainda as contribuições trazidas pelos novos tomógrafos, pela ressonância magnética, pela medicina nuclear, os valores decisivos das informações minuciosas na detecção do câncer. Contudo tal avanço não pode se perder da humanidade, pois, por mais bem atendido tecnicamente que um paciente seja, se ele não for atendido nas suas queixas existenciais, o tratamento não será completo. Siqueira (2009) aponta ainda que o desafio que se tem pela frente é o de continuar exercendo a medicina como uma técnica cega e surda, advinda de um arsenal crescente de equipamentos ou de tentar resgatar a reflexão, a percepção e a crítica nos atos profissionais. Vejamos fragmentos das entrevistas ilustrando tal perspectiva:

Tem a parte técnica que é primordial, você está atualizado, mas eu diria que não é a mais importante, pelo menos nos anos que tenho visto a parte técnica do negócio, você não precisa ser o melhor cara do mundo, você tratando bem o seu paciente, sendo humano com o seu paciente, ele vai muito melhor do que aquele cara que diz você tem tanto% de chance, só que não trata bem, não conversa, não tem um bom relacionamento médico- paciente. (Dr. Prometeu)

Você tem que ter *compaixão*, não é que vá agir com o coração, não sempre, mas acho que você tem que ter envolvimento com o caso dos pacientes. (Dra. Panacéia)

Eu acho que ele tem que estar *buscando o conhecimento* por mais que se sinta preparado e experiente, tem que estar aprimorando o conhecimento. Tem que ser *sensível* a ponto de não acostumar com o sofrimento, que isso é muito fácil de acontecer quando você tem 30 pacientes para atender né? Então você pode ligar o *automático* e atender cada um como mais um. Você tem que interagir e se colocar no lugar do outro né? (Dra. Hera)

Nesse último relato, percebe-se a ênfase na empatia, em oferecer algo que gostaria de receber caso estivesse naquela situação; em entender que aquele ser humano que está em sua frente encontra-se num estado de fragilidade e precisa ser acolhido em suas necessidades.

Nesse sentido, dando-se continuidade à questão da competência, questionando-se a respeito do que é necessário para alcançar esse ideal de competência, as respostas também variaram bastante, pois giraram em torno da parte científica e da parte humana. Demanda muito estudo, disposição para o trabalho, vontade de estar atualizado, busca contínua por conhecimento, por mais que se sinta preparado; ser presente, prestativo, sensível, humano e acessível ao seu paciente; gostar do que faz, fazer com amor; ter habilidades para lidar com a família, o paciente e os colegas de trabalho. Também ter bem claro que não é o oncologista responsável por tudo; tal responsabilidade também é dividida com o paciente e sua família.

Então fica bem evidente a concepção deles sobre o que é um oncologista competente. Quando, em seguida, são inquiridos se *vêm conseguindo esses ideais de competência*, muitos disseram que sim, enquanto outros declaram estarem buscando, e tal fato ser uma conquista diária. Vejamos: “A gente vai *procurando*, né? Acho que a gente vai *evoluindo* também. A gente vai sempre *tentando melhorar*” (Dr. Hermes). Em outras falas:

Eu *tento*, eu *tento*, não vou lhe dizer que é 100% por que a gente não é 100%, mas que eu *tento*, eu *tento*. Às vezes a gente comete os errozinhos da gente, as vezes a gente ta nervoso, estressado e a gente desconta em quem não merece. (Dra. Higéia)

Com certeza, mesmo com tantos anos... (Dr. Apolo)

Acho que sim, com certeza, a gente vai se *lapidando*. (Dr. Prometeu)

Pra mim é *desafio*. Porque *me manter atualizada* nesse ritmo de trabalho que eu tenho é desafiante, ta? *Me sensibilizar* quando eu tenho uma demanda muito grande né? Também é uma coisa que eu *procuro não perder o foco*, sabe? (Dra. Hera)

Acho, acho que nasci para ser oncologista, às vezes eu penso: meu Deus, como é que eu pude sair de tanta situação? (Dra. Afrodite)

O ser oncologista é uma escolha permeada por desafios que incluem diariamente o lidar com os ideais de tal escolha, seus desafios, e desejos, fazendo uma medicina

oncológica, que implique lidar com a morte e com tudo que a envolve, inclusive lidar com as próprias vulnerabilidades.

6. A morte na medicina: entre a naturalização e o desejo de vencê-la

“O homem livre não pensa senão que a morte e sua sabedoria é uma meditação, não só sobre a morte, mas sobre a vida”.
(Espinosa)

Iniciaremos este capítulo realizando um resgate histórico, abordando a relação do homem com a morte e desta com a medicina, para, em seguida, no diálogo entre estes aportes teóricos e as falas dos participantes da pesquisa – os oncologistas entrevistados – discorrer sobre suas concepções em torno da morte e o entendimento que eles têm a respeito do papel a ser desempenhado por eles diante do lidar com o processo de morte de um paciente. Sem dúvida, compreender tais concepções nos ajudará a entender as implicações destas para a produção do cuidado de seus pacientes.

6.1. O homem, a morte e a medicina

Desde os tempos pré-homéricos, a fragilidade da vida ou, por outro lado, a certeza da finitude marcam o pensamento humano em suas várias modalidades. A morte é, na verdade, num vasto sentido, um fenômeno que faz parte da vida. A consciência de que a morte chegará e de que a vida pode esgotar-se num minuto foi sempre uma fonte de inquietação e ansiedade. Ao mesmo tempo em que se percebe tal dificuldade de lidar com a morte, percebe-se também uma necessidade intrínseca de enfrentá-la e suportá-la, por ser universal e certa.

Carvalho (2009) aponta que a civilização egípcia é referência para o mundo quando se fala no tema. A consciência que se tinha da morte e da vida após a mesma levava os egípcios a viver em uma vida pautada no desapego material, com vistas a agradar ao deus Osíris.

Os gregos traduzem revelações sobre a morte através dos mitos. Medusa representa o aprisionamento pela morte. Ao olhar para a mesma, o homem se torna imóvel, petrificado, sem vida. Com o desenvolvimento da civilização grega e a superação dos mitos como explicação para as coisas, percebe-se um afastamento da questão; nada se fala acerca da morte (Corrêa, 2008).

Carvalho nos ensina que os romanos, com sua noção de cidadania avançada para a época e suas leis, que são inspiração para o direito do mundo moderno, pouco mencionam a morte. Sabe-se, porém, que todo morto, seja servo ou livre, civilizado ou bárbaro, como costumavam chamar os povos que conquistavam, tinham direito à sepultura. A maior punição romana era a crucificação e um dos motivos era o não sepultamento dos que assim morriam. (Carvalho, 2009, p. 11)

Assim, percebe-se que, no decorrer da história da humanidade, nas mais variadas estruturas sociais, as ações do ser humano sobre a natureza, sobre os demais seres e sobre a morte vêm sendo compostas por regras e conceitos diversificados. Nota-se uma preocupação concreta na formulação e perpetuação do que significa a morte e os seus rituais. E como destaca Gutierrez (2003) em relação à morte, cada sociedade tem seus próprios comportamentos, hábitos, crenças e atitudes que oferecem aos indivíduos uma orientação de como devem se comportar, o que devem ou não fazer, refletindo a cultura própria e o que a diferencia de outras.

Decorre o tempo e, nos dias atuais, no imaginário popular, a morte ainda é representada como o juiz cruel que não faz distinção entre pessoas, classes, raças, sexos ou religiões. Ela é o ser perfeitamente justo que vem atingir a todos, sem levar em consideração nenhum de seus privilégios; é compreendida a partir dos conhecimentos, imagens, sentimentos, representações simbólicas herdadas, produzidas ou reproduzidas em que se consolidam e se integram as concepções humanas a respeito da vida e da morte.

A humanidade é a única espécie consciente da mortalidade de seus membros. É essa consciência faz parte da adaptação autocrítica dos homens ao mundo, que é a cultura, e esta em relação com a significação do indivíduo no corpo social. Assim, a morte se situa no ponto de entrecruzamento das correntes bio-antropológicas fundamentais. É pela consciência dela que o homem se distingue mais nitidamente dos outros seres vivos e sua vida adquire o que ela tem de mais fundamental. (Rodrigues, 2006, p. 33)

Nas mais remotas civilizações, encarar a morte é um desafio contínuo para o homem, expresso a partir da herança cultural e da herança dos sujeitos. O morrer traz consigo sempre muitas indagações que buscam respostas em diversas áreas do saber. Busca-se sua compreensão através da religião, da ciência; percebem-se várias maneiras de lidar com a mesma, que vai diferir de indivíduo para indivíduo, de acordo com sua cultura, experiências, crenças, representações, religiosidade, entre outros fatores. Entretanto ressaltam-se as grandes dificuldades nessa relação homem-morte.

Vencer a morte, tal é a proposta não somente da metafísica, que almeja o conhecimento do supra-sensível e do não corruptível, mas também da religião, enquanto é promessa da sobrevivência pessoal; da ciência, que eleva a validade de uma verdade

independente dos mortais que sobre ela refletem; e, de forma geral, do conjunto da cultura, já que esta se fundamenta na transmissibilidade de técnicas que constituem o valor durável de uma comunidade, estendendo-se por várias gerações (Dastur, 2002, p. 6).

Os conceitos científicos de morte evoluíram conforme o desenvolvimento cultural e tecnológico das sociedades humanas. Como a consciência da morte é uma marca da humanidade, os homens produziram e continuam a produzir uma imensa variedade de representações a respeito da sua própria morte e da dos outros; ela é para a consciência coletiva um afastamento entre o indivíduo e a convivência humana. Qualquer cultura está sujeita a enfrentar esses eventos que a desafiam.

Becker (1973) afirma que estamos preocupados em dominar a morte, fazendo de conta que ela não existe, apenas lembrando que um dia, num dia distante, vamos morrer. Aponta um afastamento como a tentativa de proteção da angústia, a adesão a uma crença inabalável de imortalidade.

Tudo que representa o insólito, o estranho, o anormal, o que está à margem das normas, tudo o que é intersticial e ambíguo, tudo o que é anômalo, tudo o que é desestruturado, pré-estruturado e antiestruturado, tudo o que está a meio caminho entre o que é próximo e predizível e o que é longínquo e está fora de nossas preocupações, tudo o que está em nossa proximidade imediata e fora do nosso controle é germe de insegurança, inquietação e terror; converte-se imediatamente em fonte de perigo. (Rodrigues, 2006, p. 60)

O que mais incomoda o homem é o fato de se defrontar com algo que não pode controlar, seja por meios técnicos, simbólicos ou teóricos. Essa sensação de falta de controle exerce um verdadeiro terror na consciência e no inconsciente dos indivíduos. A

palavra *morte* é evitada sempre que possível e foi sempre tratada com o emprego de perífrases, como *parou de viver, viveu, se foi, faleceu, etc.* Ela desperta terror, pois, por diversas vezes, é compreendida como um mau agouro, algo desagradável, o que justifica a atitude evasiva e a fantasia coletiva de vida eterna. E como dizia Becker (1973), o medo que a morte proporciona persegue o homem como nenhuma outra coisa.

A morte destrói uma comunidade, quebra o curso regular das coisas, propõe questionamentos às bases morais da sociedade e ameaça a coesão e os vínculos de um grupo. Como tudo isso representa algo extremamente forte, surge então uma reação inversamente proporcional da comunidade: um impulso contrário a essa força desagregadora, a essa sensação de desabrigo que a morte proporciona.

O processo de socialização não concebe a morte e não prepara os indivíduos para sua vivência. Com isso, vai sendo progressivamente incorporada uma imagem negativa, cheia de ansiedade e de questões não-respondidas, não-compreendidas e não-aceitas (Hoffmann, 1993, p. 366).

Rodrigues (2006) se refere a uma preocupação social de afastar a morte em função do desaparecimento dos indivíduos e dos perigos estritamente sociológicos que esse desaparecimento proporciona, e isso faz com que tomem decisões efetivas para assegurar a continuidade de seus membros e para que as gerações prossigam. É por isso que os aparelhos sociais devem se armar para responder à terrível ameaça de aniquilamento e assumir atitudes firmes frente ao desaparecimento de seus componentes. Fica claro que a idéia de que temos um fim pode ser associada a um rompimento súbito, inesperado e de modo irreversível, dos vínculos existentes entre o ser humano e sua rede de relações. Elias (2001) diz que o amadurecimento da humanidade é um processo moroso, de longo aprendizado e que o perigo da autodestruição, da aniquilação das nossas próprias condições de vida é considerável.

Não estamos, contudo, abertos para o mundo, senão pelo fato de estarmos relacionados com o nada que é a morte. Nossa existência não se vê fundamentada, a não ser sobre o abismo de uma ocultação e de um esquecimento sem limites do qual só saímos para confirmá-lo. Na verdade, é existindo que testemunhamos a morte, mesmo, sobretudo, quando nos levantamos contra ela, trabalhamos para vencê-la e empregamos para superá-la o arsenal de nossas técnicas. (Dastur, 2002, p. 116)

Falar da morte abstrata ou específica de alguém ou da nossa é falar do que estamos fazendo, do que não fizemos de planos, sonhos, perdas, do tempo que se foi, do que ainda resta: é disso que fugimos. É isso que tememos enfrentar (Silva, 2002).

A morte, sem dúvida o mais universal e antigo dos temas, sempre despertou ampla variedade de emoções e atitudes e geralmente é encarada como uma desgraça, um mal, sendo o medo e a ansiedade seus mais fortes correlatos (Kastenbaum & Aisenberg, 1983).

Kovács (1992) afirma que o medo é a resposta psicológica mais comum diante da morte. É uma reação universal que atinge a todos os seres humanos, independente de sexo, idade e nível sócio-econômico. A autora explica que os medos são diversos, como o medo da morte do outro, da própria morte, do que vem após a morte, da extinção, da solidão, da separação, da interrupção de planos etc. A morte de um indivíduo não é um evento isolado; os seus desdobramentos serão de acordo com o número de relações mantidas pelo morto, como por exemplo: amizades, paternidade, filiação, propriedade etc.

Já Becker (1973) nos lembra que o nosso organismo não poderia funcionar se estivéssemos com a presença constante da idéia da morte, ou seja, ficaríamos

paralisados diante do nosso terror e seríamos incapazes de conduzir nossas vidas. Por isso uma das maneiras de se buscar uma vida mais tranqüila e confortável seria agindo como se fossemos imortais, reprimindo-a e esquecendo-a.

É natural o ser humano ter a percepção da morte dos outros, nunca da sua ou dos seus; isso é decorrente dessa idéia de imortalidade, da negação da morte próprias da humanidade. Contudo a morte é um acontecimento inevitável que desperta a consciência da finitude, embora se procure mantê-la em estado de latência (Alencar, 2005).

Então, ainda se consegue pensar na morte do outro, mas raramente na morte própria. Acontece que a morte do outro é a prefiguração da morte de si. Quando menos se espera, ela aparece, suscitando reflexões a seu respeito, que permitem a percepção de que a mesma é algo que todos temos como certo e que faz parte do desenvolvimento humano; de que, em algum momento da existência, passaremos pelo processo de morrer.

É próprio da produção da cultura estar sempre procurando dar sentido a tudo o que nos cerca, a tudo o que fazemos, mas nem sempre perguntamos sobre o sentido da nossa existência. Entretanto, diante da morte, somos impelidos a encontrar tal sentido (Silva, 2002).

Zan (1984) argumenta:

Em nossa cultura, o homem tem-se afastado sistematicamente de alguns temas que o angustiam, entre eles o da morte. Em sua tentativa de não sofrer, deixa de viver com intensidade; nega a morte e, ao mesmo tempo, não abandona a angústia da sua presença. (p. 7)

O temor da morte seria experimentar a angústia com relação à totalidade de seu ser, isto é, a angústia da destruição total, que já constitui o acesso à liberdade da

consciência de si: a dissolução íntima, a fluidificação absoluta de toda a subsistência (Dastur, 2002).

O mesmo autor ainda aponta que é da imortalidade provisória que vivemos, a princípio e, na maior parte do tempo, o que implica que a vida humana não pode se estender largamente, a não ser na medida em que ele se esquivava da morte e em que é capaz de transformar um acontecimento futuro.

Lowen (1986), no seu livro *O medo da vida*, defende que, para não sofrer, a pessoa poderá *amortecer*; teria dificuldade de sentir e de entrar em contato com suas emoções, para se proteger. Entretanto, também, não faz contato com a vida. Ele fala também da depressão como uma reação comum, ou seja, uma paralisação em que a pessoa não vive; morre em vida, mesmo com um corpo que sobrevive.

E como aponta Mesquita (2006), numa época em que a morte, apesar de estar em evidência nas ruas, na mídia, nos livros etc., muitas vezes de forma banalizada, todos vivem como se esta não fizesse parte do cotidiano; olham de forma fria para a morte do outro, que já não os afeta; passam e olham para a morte como se essa não fosse uma companheira que mais cedo ou mais tarde a todos arrebatará.

No entanto, é importante ressaltar que houve mudanças significativas nas atitudes do homem ocidental frente à morte.

Silva (2002) diz que, em alguns períodos da nossa história, a morte foi mais aceita e desempenhou um papel imenso nas artes, na decoração religiosa ou leiga, menos submetida ao silêncio. Quando ela aparecia, era recebida com simplicidade e se tomavam imediatamente as providências de comunicar a todos a sua chegada; era um evento público, coletivo e social.

O historiador francês Ariès (2003) retrata o quanto, ao longo da história, ocorreram mudanças na maneira de lidar com a morte. A morte vista como demanda era

típica da época medieval; o homem sabia quando iria morrer por certos avisos, signos naturais, ou por uma convicção interna. Ela era esperada em casa, no leito de morte, com celebração presidida pelo próprio moribundo, a fim de tornar público o fato e de criar um ambiente para as despedidas. Dessa maneira, a comunidade próxima, parentes, amigos, bem como as crianças, também participavam desse ritual. Havia espaço para a expressão da tristeza e da dor; não se concebia a partida sem todo esse processo de despedidas, e era temida a morte repentina, sem a possibilidade da referida cerimônia pública.

Ariès (2003) ilustra:

Fez com que seus filhos viessem e lhes falou sem testemunhas ou, ao contrário, diante de testemunhas. O essencial era que dissesse alguma coisa, fizesse seu testamento, que reparasse seus erros, que pedisse perdão, que exprimisse suas últimas vontades, e que se despedisse.

Aperta a mão de todos e finalmente morre. (Ariès, 2003, p. 291)

As pessoas se preparavam diligentemente para a morte. Era um fator de comoção social nunca negligenciável em que se exprimiam sempre nos detalhes dos comportamentos rituais: fechavam-se as janelas, acendiam-se velas, aspergia-se água benta pela casa, vizinhos, parentes e amigos compareciam para apresentar condolências e seguirem no cortejo até o cemitério, sinos repicavam; enfim, era um evento familiar, comunitário e público. Ela chegava lentamente. O que havia de mais importante para o homem era uma morte feliz. A boa morte significaria que o fim não chegaria de surpresa para o indivíduo sem que ele prestasse conta aos que ficavam e também os instruisse sobre o que fazer no seu pós- morte, no que dizia respeito aos mais variados assuntos. O moribundo administrava seu fim, fazendo valer suas palavras. A tradição popular considerava esta uma morte bonita. O abominável era a morte isolada, distante, sem

ninguém que a assistisse para validá-la. O temor era morrer sem um plano, sem a feitura de um testamento, ou seja, a preparação facilitava a espera da morte e aliviava a apreensão desse momento de passagem. A morte silenciosa era extremamente temida, absurda e incompreensível; era associada à morte dos suicidas e dos marginalizados, interpretada como castigo divino e considerada vergonhosa.

Tinha-se o médico como alguém que ajudava seu paciente a encará-la, tornando-a mais suave, ajudando o moribundo a suportá-la. Aponta Rodrigues (2006) que o referido profissional estava ao lado do paciente, curando ou ajudando a morrer. O trabalho do médico não assumia jamais o caráter de uma luta contra a natureza. A idéia de adiar a morte, de estender artificialmente a vida não tinha lugar; era considerada uma blasfêmia, uma ofensa à vontade divina. Ademais, o médico era obrigado a manter seu cliente a par de seu estado. Não se omitia o fato de ele estar próximo da morte. No momento em que chegava o religioso, o médico estava formalmente impedido de ficar exercendo seu papel junto ao moribundo. Sobrepuja-se a este o sacerdote.

Todo esse processo foi sofrendo modificações e a regra passa a ser a neutralização dos ritos e a ocultação de tudo que diga respeito à morte. O interesse do médico se desloca do doente para a doença; o indivíduo doente se transforma em um “caso”, portador de um rótulo patológico qualquer. Rapidamente o hospital se transforma num depósito desses casos, para onde convergem os menos favorecidos socialmente, dispostos a expor seus males a qualquer médico que esteja disposto a cuidar. Assim, este o estuda, exercita-se e aprende a cuidar de casos similares.

Rodrigues (2006) adverte que esse silêncio é obrigatório, mesmo que se apoie numa mentira. No início, o silêncio e a mentira visavam proteger o doente contra sua angústia diante da morte; posteriormente, vêm para proporcionar uma confortável ilusão à comunidade, desobrigando-a de pensar sobre a morte, da emoção. Enfim, ela é banida

da consciência de todos, permitindo a continuidade de uma vida feliz, ou pelo menos a impressão disso.

A burguesia inventa, portanto, um sentido novo para a morte. Neste palco novo aparece o médico como personagem. Ele se apropria da morte, não só porque foi obrigado a prolongar a vida de seus clientes, mas também porque no enredo da farsa em que se desenrola, seu papel é cada vez mais nítido: não falar em morte. Ela faz parte de um complô do silêncio cujo arquiteto muito frequentemente foi o próprio paciente que, muitas vezes, solicitou a seu médico nada revelar sobre seu estado. É ele quem quer que seu estado, fique em segredo. O médico se transforma em detentor de um segredo profissional. (Rodrigues, 2006, p. 141)

Elias (2001) também reflete essa questão ligada ao estigma e ao tabu da morte nas sociedades ocidentais avançadas. É certo que a morte era tema mais aberto e frequente nas conversas da idade média do que hoje. Tanto para jovens quanto para velhos, era menos oculta, mais presente, mais familiar. Era muito incomum que as pessoas morressem sozinhas. Nota-se, assim, um processo de transformação que torna a morte mais asséptica, e os moribundos mais isolados. Exclui-se a morte ao máximo, como também os moribundos, da vida social, já que eles proporcionam um certo mal-estar aos que levam suas vidas normalmente. Diz-se que um dos problemas mais gerais de nossa época é a nossa incapacidade de dar aos moribundos ajuda e afeição, pelo fato de a morte do outro lembrar a nossa própria. Em nossas sociedades, a vida é mais longa e a morte é adiada; o espetáculo da morte não é mais corriqueiro; é fácil esquecer-se da mesma na vida cotidiana.

Corroboramos com Kubler-Ross (1996) ao evidenciar que os cuidados com a morte, aos poucos, restringe-se às instituições hospitalares. Ela vem sendo transferida

dos lares para os hospitais. Estes, inicialmente, objetivavam acolher aqueles que não tinham família, os pobres, os indigentes e os que estavam para morrer. Eram instituições devotadas à “hospitalidade” e à caridade. Com a aceleração do desenvolvimento da ciência e da tecnologia, deixaram de lado a intenção primeira, e a cultura dessas instituições se voltou para os processos de tratamento e cura.

E assim, nessa instituição, a morte não é mais cerimônia pública; ela se preparou para atender à demanda dos pacientes no que diz respeito a exames e procedimentos; contudo percebe-se que há grande dificuldade na equipe de saúde na comunicação a respeito das questões inerentes à morte, no diálogo com quem está morrendo, bem como com seus familiares.

Mesquita (2006) diz que, se o cuidar dos que estão morrendo foi transferido para os hospitais, então, os que neles trabalham precisam estar prontos para acolher o agonizante e sua família na sua dor e sofrimento, esclarecendo suas dúvidas e não deixando que esses fiquem tão sozinhos, com medo, e angustiados.

Nesse mesmo sentido, pronuncia-se Elias (2001), dizendo que as rotinas institucionalizadas dos hospitais dão alguma estruturação social para a situação de morrer; que tais rotinas são destituídas de sentimentos e acabam contribuindo para o isolamento dos moribundos.

Ressalta-se a negação da morte nesse contexto; ela passa a representar fracasso e vergonha. Os profissionais de saúde já não são mais preparados para aceitá-la como um processo natural e lutam contra ela a todo custo.

Como lembra Ariès (2003), o homem comum emudeceu; comporta-se como se a morte não existisse. O silêncio ao qual a morte foi lançada chegou, principalmente, ao leito do moribundo. A ele é negado o direito à informação sobre o seu estado de saúde.

Na verdade, existe também uma “conspiração familiar” para impedir que o moribundo saiba do risco que corre: a partir do momento em que um risco grave ameaça um membro da família, esta conspira imediatamente para privá-lo da informação e da liberdade. Há quem veja nisso uma manifestação de caridade, de amor ao próximo, de altruísmo. O moribundo chega à morte sem preocupações prévias com o seu estado, na mais completa ignorância ou na mais nobre resignação. No entanto, o que ocorre é que o moribundo é reduzido à condição de incapaz, e todos sabem mais a seu respeito do que ele, que deveria saber e decidir. Soma-se a isso o fato de que a família, nessas situações, não se estrutura para conviver com o moribundo, sendo mais prático mantê-lo afastado ou escondido. Por outro lado, os profissionais de saúde pegam carona nessa defesa da família, e um dos motivos de eles não falarem sobre a morte seria pelo fato de não saberem o que dizer e como dizer, por não terem habilidades de falar sobre ela; até mesmo porque seria assumir um fracasso. Na verdade, as emoções e os sentimentos normalmente presentes no confronto do médico com a morte, tais como a impotência, o fracasso e a identificação com reflexões sobre sua finitude, não ficam restritos ao momento da morte. Toda a angústia está presente, diluída e, ao mesmo tempo, concentrada em todo o processo do morrer.

Presume-se que a omissão da informação ao doente está relacionada ao temor de que isso venha a desencadear uma reação emocional com a qual ele não saberia lidar. O médico poderia até fornecer a informação caso soubesse que o enfermo reagiria com tranquilidade. Na verdade, as intervenções de cuidado para com o paciente se apresentarão permeadas pela postura do profissional e pelas crenças desse frente ao morrer.

Santoro e Oliveira (2003) ressaltam que, apesar de a morte fazer parte do contexto da vida e do dia-a-dia do ambiente hospitalar, os membros da equipe

multiprofissional da área da saúde não estão preparados para enfrentá-la e lidar com os pacientes que lhes “escapam das mãos”. Somente o indivíduo seguro em relação ao seu próprio sentimento, com formulação de uma filosofia própria, com atitudes normais diante da vida e da morte terá atingido e estágio de capacidade de compreensão e ajuda a terceiros.

A finalidade última da medicina passou a ser representada pelo prolongamento da vida, com a crença de que o progresso técnico possibilitaria o domínio do mundo natural, proporcionando um estado de saúde e bem - estar totais. A morte agora passa a ser vista com indiferença e desaparece do cotidiano. Pode-se dizer que, nos dias atuais é vergonhosa, escondida, muitas vezes evitando-se qualquer sinal que demonstre que ela aconteceu. O médico torna-se aquele que trava embate contra ela e que pode reverter condições clínicas de grande comprometimento, vencendo-a.

O ser que está na iminência de morte permanece isolado; morrer torna-se um evento solitário e impessoal. O paciente que não tem mais como sobreviver encontra sua última morada na frieza de uma UTI, onde ele perde sua individualidade, transforma-se em número e em órgãos que têm existências independentes. Passa a ser gerido por máquinas e tubos que penetram seu corpo, com aparelhos que o fazem respirar, purificam seu sangue e o alimentam, bem como controlam as batidas cardíacas. Já que o médico é obrigado a curar, tende a proceder dessa maneira, indicando todos esses aparelhos na expectativa de manter o doente vivo por tempo indeterminado. Na verdade, ali a família perdeu o paciente antes da morte, pois este já perdeu seu contato social e o convívio com a mesma. As pessoas não veem mais seu parente morrer, a morte tornou-se um evento técnico, distante e desprovido de sentido.

Zaidhaft (1990), ao abordar essa questão, reflete:

Há crença de que a ciência progredirá a ponto de fornecer a felicidade para todos; a crença numa “a - mortalidade” do homem, novos mitos que a sociedade utiliza, acreditando que a morte foi vencida. Esses mitos criados pela sociedade e outorgados pelos médicos o papel do salvador e/ou criados pelo progresso técnico da medicina. Essas crenças fizeram com que a morte deixasse de ser domada e se tornasse novamente selvagem, com o homem totalmente onipotente diante dela, morrendo sozinho num hospital, eriçado por tubos. (p. 63)

Como a palavra morte é raramente pronunciada, percebe-se uma alienação do moribundo, que não sabe nada mais sobre o seu fim; que não decifra mais os signos da morte.

É inegável que todo o extraordinário avanço tecnológico permitiu aumentar a expectativa e a qualidade de vida; permitiu mudanças importantes, sem avançar na mesma proporção quanto aos cuidados com a experiência humana da morte. Observa-se nas últimas décadas um aumento progressivo e acelerado das especialidades médicas. Pesados investimentos aplicados em tecnologias para intervenções na área da saúde, na tentativa de melhorar as condições de vida humana, trazendo cura e/ou reabilitação para um número cada vez maior de enfermidades. Doenças que eram tidas como brutalmente letais, hoje são passíveis de procedimentos e tratamentos. No entanto, percebe-se que tais inovações também trouxeram implicações para a definição dos objetivos da medicina e o favorecimento de um contato profissional-paciente cada vez mais distante e desprovido de vínculos.

De Marco (2003) assinala que acompanhar o processo de morte dos pacientes ficou fora do âmbito da medicina. O médico precisa manter o paciente vivo a todo

custo, independente da sua vontade e de sua família, independente da qualidade de vida que poderá ter.

E o que realmente acontece, como aponta Kubler-Ross (1996), é que, quanto mais se avança na ciência, mais parece que aumenta o temor e mais se nega a realidade da morte. Recorre-se a eufemismos, faz-se com que o morto pareça adormecido, sustentam-se longas discussões sobre o que dizer ou não dizer ao paciente.

Com o progresso da tecnologia, a ultrassofisticação nos exames, aumenta cada vez mais a possibilidade de se estender a vida de um ser humano. A medicina chegou a um estágio em que busca conseguir o que o Deus da medicina, Asclépio, conseguia; ou seja, ressuscitar os mortos, apesar das inúmeras críticas feitas tanto a ela, quanto aos médicos, por não aceitarem suas limitações diante do morrer, mantendo vivos os pacientes a todo custo, independentemente do seu desejo e de sua família (Zaidhaft, 1990).

Nunca na história da humanidade os métodos mais ou menos científicos de prolongar a vida foram discutidos de maneira tão incessante em toda sociedade, como nos nossos dias. O sonho do elixir da vida e da fonte da juventude é muito antigo, mas só assumiu uma forma científica - ou pseudocientífica em nossos dias. A constatação de que a morte é inevitável está encoberta pelo empenho em adiá-la mais e mais e com ajuda da medicina, pela esperança de que isso talvez funcione. (Elias, 2001, p. 56)

Os avanços tecnológicos passaram a prolongar a vida; vários exames e procedimentos são realizados a fim de manter acesa a sua chama e, nesse processo, implicitamente, o doente deve comportar-se de maneira tranquila, colaborando com

todo o trabalho da equipe de saúde, sem questionar a respeito de sua morte, pois tal questionamento poderia perturbar o equilíbrio do trabalho da mesma.

Aquele doente que suscita dúvidas e necessita de explicações mobiliza emoções na equipe hospitalar e não é bem visto pelo fato de proporcionar uma crise na mesma, já que é mais fácil para os referidos profissionais se referirem à morte por meio de metáforas ou com uso de meias-palavras. E, quanto mais emoções ele e sua família suscitam, mais perturbadores se tornam; assim, cabe aos doentes nunca despertarem em ninguém a insuportável emoção da morte (Meyskens & Shanafelt, 2003).

E como esses doentes poderiam ter uma boa morte nesse contexto de avanço tecnológico e de não expressão de sentimentos, já que a exclusão da morte e de quem está morrendo é a característica da modernidade? Menezes (2004) nos lembra que a “boa morte” passa a ser amplamente divulgada e debatida, desde o movimento pelos cuidados paliativos, indo na direção contrária da interdição do direito de se falar sobre morte e pode gerenciá-la. A autora ainda nos mostra que tal movimento defende que o indivíduo que está morrendo pode tomar decisões; essas dependem do conhecimento que se tem do avanço da doença e da proximidade da morte, através da comunicação da equipe de saúde, o que proporcionará ao paciente a expressão dos seus desejos e sentimentos. Percebe-se como fundamental a consciência do indivíduo da proximidade da sua morte.

É importante ressaltar que não é possível fechar a equação “morte domiciliar” como “boa morte”, da mesma maneira como também não é possível fechar a equação “morte hospitalizada” como “morte interdita”. Em ambos os casos, são as condições da família, da equipe de saúde e enfim, da condução da possibilidade da morte do moribundo que decidirão se tratará de uma “morte interdita” ou não, quando se evita a “obstinação terapêutica” e busca-se favorecer o enfermo a ser autenticamente ele

mesmo. No ambiente domiciliar também ocorre a morte obscena, na forma da morte abandonada – quando o moribundo é abandonado sem suportes ou condições físicas e/ou psíquicas para se manter vivo ou escolher morrer.

E assim pode-se afirmar que nenhum outro evento vital, além da morte, é capaz de suscitar nos seres humanos mais pensamentos e reações emocionais, seja no indivíduo que está morrendo, seja naqueles à sua volta (Brêtas, Oliveira, & Yamaguti, 2006).

Aponta-se ainda que, embora todo homem tente adiar o encontro com esses problemas, enquanto não for forçado a enfrentá-los, não será capaz de mudar e refletir sobre sua própria morte (Kubler-Ross, 1996), ou seja, essas reflexões possibilitariam a compreensão do inter-relacionamento humano, do cuidado humano e total ao paciente.

A morte deixa de ser vista como desfecho natural da vida, tornando-se um inimigo a ser combatido com recursos cada vez mais avançados. (Sadala & Silva, 2008)

Pitta (1994), por sua vez, diz que o trabalho em saúde é vivenciado com prazer e angústia. Prazer em função da valorização de seu cuidado na sociedade ocidental, e angústia pelo inevitável contato com a sua impotência frente à morte. Percebem-se assim algumas vicissitudes nessa relação cuidador-cuidado. Em decorrência dessa angústia proporcionada pela consciência da finitude, quando se trata o paciente com objetividade e grande distanciamento, acredita que o melhor para o paciente é não saber o seu estado real, para não alertá-lo sobre a proximidade da morte. Cria-se a ilusão de que o estado da doença pode ser revertido frente aos tratamentos e técnicas existentes e o impedimento das manifestações dos temores, dúvidas e angústias por parte do próprio paciente e da família. E assim, constrói-se uma pseudotranquilidade, tanto para o doente, como para o profissional que o acompanha.

É importante ressaltar que essa atitude do médico justifica-se pelo fato de que ele está buscando um comportamento de autoproteção, já que a possibilidade de morte traz consigo uma grande responsabilidade e carga de temores. Essa dificuldade de estar em contato com isso, nem é tanto pelo paciente, mas por si próprio; seriam estratégias para driblar as próprias dificuldades.

Os profissionais também têm suas defesas pessoais para se protegerem do medo, da angústia e dos sentimentos de impotência. É necessário, porém, um trabalho constante em relação a esses sentimentos para que, diante de seus pacientes, a relação seja de self para self, para que possam estar presentes por inteiro, ambos vencendo seus medos, fazendo surgir potencialidades e humanizando a relação profissional- paciente. (Franco, 2002a, p. 48)

Silva (2006), em sua pesquisa de doutorado, ao estudar a formação do médico e sua relação com a morte, demonstra o escasso contato dos estudantes com a temática da morte ao longo do ensino médico e sua formação. Isso do ponto de vista simbólico, existencial e reflexivo, ocorrendo privilegiadamente o contato com a morte técnica desde as aulas de anatomia. Os estudantes e residentes entrevistados pela referida autora citam a menção ao tema da morte apenas na disciplina de Oncologia e em poucos momentos da disciplina de Psicologia Médica.

Apesar de parecer evidente a ligação da morte com a medicina, o que nos promove o entendimento de que a formação médica implica um inevitável aprender a lidar com a morte (Zaidhaft, 1990), tal ensino é bastante incipiente, mas sustenta Nogueira da Silva e Ayres (2010) que várias iniciativas estão sendo dirigidas para a educação médica e dos demais profissionais de saúde, tendo como horizonte uma atenção menos fragmentada, portanto capaz de caminhar em direção a integralidade do

cuidado. De Marco (2003); Ramos-Cerqueira, Lima, Torres, Reis, e Fonseca (2005); Rios (2008); Sadala e Silva (2008); Souza (2001) alertam que, nesse contexto, se não debruçarmos o olhar sobre o enfrentamento do processo de morte e a educação para tal percurso, não poderemos falar em cuidado integral, em humanização do cuidado.

6.2. Concepções sobre a morte

Em decorrência das transformações ocorridas historicamente, as concepções individuais e coletivas sofreram mudanças. Em particular, sobre um amplo leque de problemas relativos ao processo vida-morte. Em cada tempo e cultura existe um significado atribuído à morte.

Marta, Marta, Andrea Filho, e Job (2009) afirmam que os mitos do início e do fim da vida são necessários para engendrar a identidade dos membros de toda e qualquer civilização e cultura; que a maneira pela qual cada uma enfrenta a morte dá sentido ao sofrimento, à dor e à doença. Na nossa própria cultura, já houve épocas em que o homem defrontou-se melhor com a mesma, como já nos referimos anteriormente, e como Ariès (2003) nos ensinou que a morte acontecia no seio das famílias, inclusive na presença das crianças. Contudo, foram ocorrendo modificações lentas e profundas, ou seja, a morte sendo suprimida do cotidiano das pessoas. Atualmente estamos inseridos numa sociedade que objetiva manter as pessoas cada vez mais vivas por um maior período de tempo, ainda que sem consciência.

Guandalini (2010) diz que é com frequência que hoje se observa em relatos não somente dos moribundos, como também de suas famílias, cujos conhecimentos leigos da medicina acreditam que o médico terá a cura para todas as doenças e que, conseqüentemente, o moribundo será salvo de qualquer maneira.

É conhecido o fato de que houve um processo de medicalização do morrer e da própria morte, e o enfermo, em vez de estar assistido por familiares, passa a morrer próximo a equipamentos e a profissionais atarefados. (Marta et al., 2009).

Pazin-Filho (2005) também anuncia as inúmeras transformações presentes na sociedade moderna onde tudo é movido pelo avanço vertiginoso da tecnologia, onde as coisas acontecem muito mais rapidamente. Pode-se dizer assim que o somatório de todos esses fatores culminou na representação atual da negação da morte.

Como foi visto, o que é recebido é peculiar de cada cultura, da educação, entre outros, e ao longo do tempo; cada indivíduo vai tanto construindo, quanto modificando suas concepções a respeito dos mais diferentes temas.

Para Kaufman e Morgan (2005), as formas e produções ligadas à vida e à morte são relacionadas com a sociologia, a antropologia, e a religião, nas experiências e comunicações cotidianas e rituais de família, construídas ao longo do tempo. Mostram a influência da genética, da medicina clínica, das alterações ético-políticas que acompanham o desenvolvimento das ciências da saúde e uma preocupação com os conceitos individuais que são construídos sobre esses temas, construções essas que são feitas a partir de todo esse aparato recebido, ou seja, da produção social e cultural sob as pessoas; que os conceitos não são formados apenas por atributos cognitivos individuais.

No dizer de Vilhena (2004), temos que:

A morte é a morte mais suas representações, ou seja, sua apresentação significada, as consciências através das imagens mentais, intelectuais e afetivas, elaboradas culturalmente com materiais pré existentes, considerando-se que esses materiais não se encontram nunca petrificados, estando sujeitos a alterações provenientes de sucesivas e diferentes apropriações e moldagens. (p. 3)

Lago e Codo (2010) descrevem os diferentes entendimentos e conceitos de morte. Para as ciências naturais a morte é a homeostase, ou seja, a extinção dos mecanismos de funcionamento do organismo; para a filosofia é um problema existencial inerente à vida humana; para a religião, a morte é tratada como uma passagem entre a vida física e a metafísica, ou entre a vida finita e a vida eterna.

Também estudando essa questão, Santana (2004) observou a conceituação da morte como passagem, uma separação entre o corpo físico e o espiritual, onde o indivíduo passará por novas experiências.

Nossos entrevistados revelam essa concepção ligada à religião, ou seja, da morte como uma passagem. Contudo outras concepções foram trazidas também como: descanso, tristeza, sofrimento, separação, perda, alívio, inevitável, fim, angústia e incerteza.

A Figura 2, a seguir sintetiza as palavras trazidas em três eixos representativos do que concebem como morte: sofrimento, descanso e religião. Tais eixos focam os aspectos existenciais e transcendentes ligados à morte.

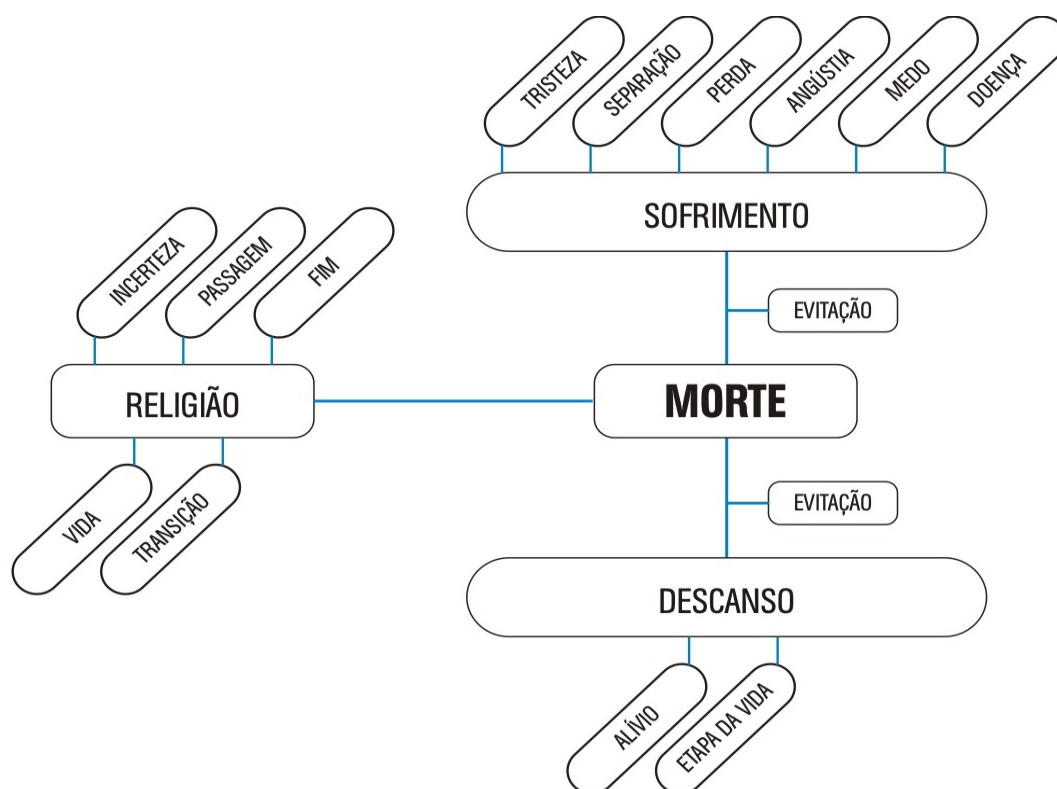


Figura 2. Concepções dos entrevistados sobre Morte

Fazendo um comparativo com os estudantes de medicina pesquisados por Silva (2006), percebemos que, de forma geral, o que aparece é semelhante. No entanto, é importante destacar que o fracasso que aparece na pesquisa de Silva não foi encontrado neste momento da nossa entrevista. Isso apareceu mais na frente, quando questionados quanto à sensação após a morte do paciente. Outro ponto que merece ser comentado é que, entre os estudantes, a questão transcendental ou ligada à religião foi tangencial; já nos nossos dados, foi bem mais relevante. Destacamos ainda que não houve divergência de concepções nas respostas dos entrevistados com diferentes tempos de formação na especialidade.

Nascimento (2001), em uma investigação sobre os aspectos conceituais da morte em equipes multiprofissionais de saúde em Natal/RN, encontrou a morte significada em categorias como: fim, passagem, mistério, perda, sono, corte, retorno, macabra,

experiência natural, experiência abstrata, experiência triste e encontro com a verdade. Alguns desses conceitos convergem com os trazidos pelos nossos entrevistados, conforme apontamos acima. Vejamos o que foi respondido por nossos oncologistas quando questionados sobre o que é a morte:

A morte para mim é o *final de uma etapa*, uma etapa terrena né? É uma coisa que quando a gente nasce já sabe que *um dia vai acontecer*, eu acho que é uma coisa *inevitável*". (Dr. Apolo)

É o *fim de um ciclo que é a vida* e é uma *passagem* para um *novo ciclo* com outro tipo de vida que a gente não sabe definir, mas que acredita que exista. Aquela energia foi pra onde? Desapareceu? A energia não desaparece, ela se transforma, então na minha cabeça, isso é a prova básica de que existe alguma coisa, que essa *energia vai para algum lugar* e ela não fica só ali, vai para algum lugar, e ela não fica ali no último suspiro do paciente. (Dra. Hera)

Pode ser uma *passagem*, pode ser um *descanso*, pode ser, vai *depende muito da situação*, eu acho que a morte *vem muito boa pra muita gente que está sofrendo*. (Dr. Prometeu)

Notou-se nesse último comentário que a morte foi aludida também como algo bom, que pode proporcionar descanso, possibilitar a retirada do sofrimento. As falas dos entrevistados desvelam a presente conceituação da morte como passagem. Tal concepção, tem sido bastante referida ao longo do tempo. Macieira (2001) se refere a Empédocles, que dizia: "Do existente nada pode nascer e nada pode desaparecer no nada absoluto", a Lavousier, que dizia que, na natureza, nada se cria, nada se perde,

tudo se transforma”, e aos gregos antigos que, embora não acreditassem como os egípcios que a vida continuasse fisicamente até após a morte, também não consideravam que ela demarcasse um fim absoluto. A vida terrena extinguiu-se como um processo natural, mas continuava a existência anímica como um processo ultraterreno.

Refletindo sobre esses aspectos, deduz-se que a morte é interpretada sob um prisma religioso muito forte e significativo. A crença na continuidade da existência por meio de uma passagem para um plano metafísico ou o término da temporalidade terrena advém de uma cultura arraigada às civilizações antigas.

Vilhena (2004) afirma que, para quase a totalidade do povo brasileiro, a morte biológica não equivale ao encerramento da existência do ser humano. Este, de alguma forma, sobrevive a ela. Para tal compreensão, concorrem em dinamicidade contribuições oriundas das diversas nações indígenas, do Cristianismo e suas raízes judaicas, das antigas tradições do paganismo Europeu, das tradições africanas e do Espiritismo.

Brêtas (2008) diz que se chamam ritos de passagem as cerimônias que marcam a passagem de um indivíduo ou grupo de uma fase, de um ciclo para outro. Que a vida corresponde a um sucessivo e contínuo processo de passagens que podem ser verificadas no desmame, no início do climatério e demais passagens vitais que se iniciam no nascimento e terminam com a morte.

Macieira (2001) acrescenta ainda que a morte é vista como uma metamorfose, uma transformação, uma passagem, para outro sistema energético, ou seja, se tem a morte como transição entre o mundo material e espiritual.

Quanto ao aspecto do descanso, encontramos na literatura autores que também falam sobre o mesmo, como Salomé, Cavali, e Espósito (2009), que encontraram como

significado dos profissionais de saúde a morte como um descanso das obrigações aqui na terra e um descanso eterno.

Sadala e Silva (2008), em uma pesquisa realizada com estudantes de medicina, perceberam que alguns deles relacionam a morte a um descanso e alívio. Na mesma direção, temos relatos de outros autores, como Knobel e Silva (2004), e Pereira e Reis (2007). É importante registrar que em nosso estudo o descanso também se refere ao descanso do sofrimento; por isso o sentimento de alívio para o paciente e, às vezes, para os familiares.

Já Vilhena (2004) fala sobre outro aspecto surgido nas respostas dos nossos entrevistados, que é a morte como inevitável e irreversível; que com ela ocorre uma fratura, uma cisão. O conceito de morte como inevitável coloca o homem em contato com a dimensão da finitude e finalidade da vida, suscitando indagações profundas acerca da natureza e do agir humanos.

Em outra pesquisa, realizada por Coelho e Falcão (2006) em escolas com alunos do ensino médio, verificou que grande parte dos alunos de escolas públicas e privadas referiu-se à morte como algo inevitável, como parte do destino de todos os seres vivos, o que coaduna com o entendimento de Silva (2007) de que a morte é um processo natural, universal e inevitável. E assim, pode-se concluir que a naturalização da morte pode advir desse significado, já que ela é certa, inevitável; já que nós vamos morrer um dia; deve ser encarada com naturalidade.

Trincaus e Corrêa (2007) nos alertam que essa implícita naturalidade revela o modo impessoal encontrado para lidar com esse fenômeno em que permanecem encobertos os processos de morrer inerentes a cada indivíduo.

Já Silva, Ribeiro, e Kruse (2009) afirmam que essa naturalidade seria uma forma de negação e banalização da morte, para que os profissionais encontrem auxílio para

continuar exercendo suas atividades; a morte como certa, mas distante de acontecer. Tal interpretação tem a intenção de atenuar essa certeza, porque, ao se suavizar esta condição de estar lançado na morte, é encoberto o fenômeno do morrer como parte da existência humana.

A fala a seguir ilustra esse aspecto da tentativa de naturaliza-la aliando-se ao sentimento de derrota por não ter conseguido alcançar o primeiro papel concebido para os médicos: curar.

É Muito natural, não é que apague, eu sempre vou me lembrar de todos meus pacientes, mas aquilo é página vencida. A morte pra mim, na realidade, como médico é assim eu costumo dizer que nós fomos perdedores porque não conseguimos controlar aquela doença. (Dr. Apolo)

Corrobamos Silva (2006) quando ela ressalta:

A grande dádiva de evitar a reflexão sobre a finitude, a dádiva da sua negação, é permitir que ela instaure o interdito definitivo sobre a morte. Evita-se falar nela, defende-se que é possível lidar com ela com naturalidade, sem nos expormos à reflexão sobre os sentimentos por ela despertados e seguimos todos, médicos e não-médicos, entre o sofrimento e a tentativa de naturalização, evitando falar na morte, evitando pensar na vida. (p. 92)

E como viver de maneira tão próxima da morte sem falar sobre ela? Como se dá o cotidiano de quem convive diretamente com o morrer de seus pacientes? O que eles esperam de si mesmos?

6.3. Concepções sobre o papel dos oncologistas no enfrentamento do processo de morte de seus pacientes

Como sabemos, são muitas as crenças do homem sobre o fenômeno da morte. Quando o contato com a mesma é diário, no seu cotidiano de trabalho, ou seja, quando o profissional precisa acompanhar o paciente acometido por uma doença grave e que o aproxima da morte, bem como o sofrimento de sua família, percebem-se os muitos entendimentos que envolvem esse processo de desfecho. Conseqüentemente, em função da realidade que se apresenta, tais crenças vão se fortalecendo e, por vezes, sofrendo modificações.

É claro que a concepção do médico sobre a morte sofre grande influência da sua representação na nossa sociedade, como do que é introjetado a partir da formação médica, como nos mostram Combinato e Queiroz (2006). Declaram que o profissional é formado para curar a doença e combater a morte, e não para lidar com a pessoa doente ou a pessoa que está morrendo. Contudo, ao longo do cotidiano de trabalho os profissionais vão construindo, desconstruindo e reconstruindo suas próprias conceituações, designando a si próprios a finalidade das ações a serem desenvolvidas; o que deve e o que não deve ser feito, assim estabelecendo os tipos de afetos e inclinações que sejam de acordo com o que é determinado pela sociedade na qual estão inseridos.

Como deve proceder o médico diante do processo de morte de um paciente, foi investigado por meio de uma questão das entrevistas realizadas. É importante destacar que, na prática cotidiana, cada concepção é carregada de vários sentimentos quando está diante das dificuldades de concretizá-las, aspectos estes que serão abordados no capítulo seguinte. Identificamos três atitudes ou papéis desejados associados ao comportamento do médico perante o paciente à morte, quais sejam: *evitar ao máximo a*

chegada da morte; promover qualidade de vida/morte e suporte emocional, estabelecendo uma comunicação eficiente e cuidar do paciente até o fim. Detalharemos cada um desses papéis, referindo as convergências e divergências de concepções dos nossos entrevistados.

6.3.1. Conceção 1: evitar ao máximo a chegada da morte

Sabe-se que, das diversas causas de morte no mundo, o câncer é a única que continua a crescer independente do país ou continente e, nos países em desenvolvimento, é atualmente responsável por uma entre dez mortes (Hortale & Silva, 2006). Isso significa que o oncologista certamente irá se deparar com a não cura de alguns dos seus pacientes. Portanto é válido o que diz Moryl, Sollner, Lukas, e Rumpold (2003), que antes de iniciar a sua formação, o oncologista deveria entender os papéis a serem desempenhados. Não é só diagnosticar e tratar o câncer, entender suas complexidades, obter amplo conhecimento sobre quimioterapia e farmacologia do câncer. Inclui-se também o cuidar do paciente em um continuum que vai desde o momento do diagnóstico e se segue ao longo de todo o curso da doença, ou seja, na manutenção da saúde após o tratamento e até mesmo até seus dias finais, compondo assim os papéis mencionados por nossos entrevistados depois da impossibilidade de curar.

Um dos aspectos que surgem diante da não cura é a busca, para avaliarem se houve erro por parte deles, se houve um fracasso técnico. A fala abaixo exemplifica:

Nessa hora bate mais a parte científica mesmo, eu procuro rever o caso todo desde o início pra entender tudo que foi feito, como aconteceu. Se alguma coisa poderia de repente ter sido feita melhor, em algum momento diferente. Procuro reavaliar o caso. Eu prefiro sempre ficar,

digamos, apesar da morte ficar satisfeito com a assistência que ele recebeu. (Dr. Hermes)

Nogueira, Oliveira, e Pimentel (2006) dizem que, na prática cotidiana, o médico busca interpretar o evento da morte com a objetividade científicista. Tal objetividade faz com que o profissional implique menos sentimentos nessa vivência, podendo se distanciar um pouco dessa experiência dolorosa. A valorização tecno-científica se justifica pela dificuldade de o profissional estabelecer uma relação psico-emocional com o seu paciente. Fica assim, numa situação confortável para discutir o tema, afastando-se dos temas mais ansiogênicos (Lima, 2007). No entanto, no caso de os oncologistas manterem esse afastamento, é mais difícil, embora alguns se utilizem de tal artifício.

O entrevistado acima referiu uma revisão de todo o caso, desde o momento inicial, para tentar descobrir se os passos dados foram corretos, se algo poderia ter sido feito diferente. Isso se traduz na dificuldade real de aceitar a morte, como se ela pudesse sempre ser evitada.

Valle e Françoso (1997) tocam na questão de que, muitas vezes, os profissionais se refugiam na dimensão técnica da sua especialidade, por não terem condição de se depararem com o seu próprio sofrimento vivido na relação com o outro.

Para os nossos outros entrevistados, a função de salvar também é muito valorizada, almejada, como atestam outros estudos sobre a relação entre a educação médica e a morte (Marta et al., 2009; Silva, 2006). No entanto, é possível dizer que, no caso dos oncologistas entrevistados, o destaque maior diante da impossibilidade de curar é que eles consigam que o paciente “viva o máximo possível”, possibilitando menos sofrimento e mais conforto.

Os relatos são bastante ilustrativos. Eles trazem a concepção de seu papel diante da proximidade da morte de um paciente ao mesmo tempo em que revelam suas

reações, a exemplo da Dra. Hera: “Fica essa sensação, às vezes de, como eu diria, uma *sensação de dever cumprido*. Em algumas situações, uma *sensação de fracasso*”. Os demais entrevistados também assumem tal concepção:

(...) tem pacientes que você percebe o *dever cumprido*, você conseguiu fazer com que o *sofrimento fosse o mínimo possível*, você conseguiu fazer com que o paciente *vivesse o máximo possível* o paciente as vezes consegue viver bastante, mesmo com algum tipo de neoplasia e faleceu porque realmente tinha que falecer. (Dr. Hermes)

A gente às vezes... *porque pro médico de uma forma geral, quando a gente perde, né assim é como se fosse... será que eu não podia ter feito mais?* A gente sempre quer buscar mais. (Dra. Higéia)

Ayres e Silva (2010) dizem que tais profissionais são herdeiros de um processo de mitificação social e institucional da figura do médico como salvador, e que frente a morte de um paciente, bem como dos limites de sua atuação, percebem que não são onipotentes. Acrescentam ainda que, quanto mais o médico se identificar com a imagem dessa pessoa infalível, de “senhor da vida e da morte”, mais sentirá a morte do paciente como derrota.

Assim, aceitar com facilidade a morte vai na contramão dos conhecimentos técnicos recebidos, ou seja, o médico vive uma nítida desproporção entre o aparato técnico-científico, e a inevitabilidade da morte. Chega um determinado momento em que ele precisa aceitar a realidade que se apresenta, comportando-se de maneira coerente com a medicina hipocrática, do médico como um terapeuta do cuidado.

Sadala (2009) defende que o médico não é o senhor da vida e da morte, um ser que salva vidas, e sim um cuidador de outro homem diante das mais temidas agruras

existenciais. Apesar de historicamente ter assumido a função de diagnosticar o mal e erradicá-lo, tanto do seu ponto de vista como da sociedade, tomando a doença como inimiga e o corpo do paciente como um campo de batalha que precisa ser salvo. E Poles (2008) nos lembra que o assunto morte realmente não é privilegiado na formação dos profissionais de saúde, que basicamente são preparados para salvar vidas.

6.3.2. Concepção 2: promover qualidade de vida/morte

Prover qualidade de vida e qualidade de morte, seria realizar um cuidado dirigido à vida que ainda resta para o paciente que se encontra na iminência de morte. Seria buscar soluções para os problemas que se apresentam no cotidiano desse indivíduo que padece de uma doença incurável, estando atento a suas reais necessidades. Não haver possibilidade de cura não é inexistirem possibilidades de cuidado. O foco seria principalmente o controle da dor e o alívio dos sintomas, o suporte emocional e o estabelecendo uma comunicação eficiente, por ser clara e verdadeira.

Esse doente encontra-se numa situação de impotência, de dependência física e, muitas vezes, emocional, vivendo dores, desesperança, ansiedade e a constante expectativa da morte. Sendo assim, os profissionais que dele cuidam, devem compreender o que pode ser feito, mesmo havendo limites do ponto de vista do resgate da cura.

Como nos revela Maciel e Othero (2009), durante toda a evolução da doença e ainda mais especialmente na fase final da vida do paciente, a comunicação entre a equipe e família é um ponto de fundamental importância, pois, através da mesma, a equipe conseguirá apreender o que precisa ser feito naquele caso. Oferecendo um espaço de continência, promovendo a escuta ativa das dúvidas e angústias do paciente, oferecendo a verdade na medida em que o paciente consegue suportar. O profissional

deve estar disponível, cuidando sempre do vínculo, que precisa ser fortalecido a cada dia. Vejamos o que é colocado pelos nossos entrevistados a respeito dessa questão:

Você tem *que dar mais atenção*, querendo ou não, naquela situação que ele está. Tanto a ele quanto a família e *tentar conversar e compreender mais, buscar queixas que muitas vezes eles não dizem, né?* As vezes tentar conversar com a enfermeira, com o psicólogo. Porque as vezes eles não dizem, dizem de forma fragmentada, tem paciente que tem meio tabu de conversar com o médico e tentar *perceber no olho a olho*, porque as vezes ele mente também. Porque ele não quer ficar internado. Então eles as vezes acham que se disserem que estão com dor a gente vai internar, tentar perceber algumas coisas sutis que eles muitas vezes não expressam e estar disponível. (Dra. Panacéia)

Na verdade, eu *conversava com ela*, perguntava como ela estava, *se estava se sentindo bem e o que eu poderia fazer a mais para ajudar. Segurava a mãozinha dela*. Eu acho assim, não posso ser eu a primeira a chorar. (Dra. Artêmis)

Nota-se nesses fragmentos de entrevista o aspecto humano da assistência. É concebida como dever do oncologista essa atenção próxima, a busca de aspectos do paciente a partir do que é observado pelo não verbal do mesmo e que favorece a dignidade na morte.

Carvalho (2003) reforça o que é colocado pela nossa entrevistada e diz que, no dia a dia do paciente com câncer, faz-se necessário utilizar-se da comunicação não verbal, para que haja interação entre a equipe e o enfermo, favorecendo ao profissional

de saúde a compreensão com mais precisão dos sentimentos, dúvidas e dificuldades de verbalização do seu paciente.

Perceber tal aspecto é bastante significativo, visto que, de forma geral, ele é desenvolvido por cada profissional a seu próprio modo. Não podemos esquecer que estamos inseridos numa sociedade que privilegia o aparato tecnológico em detrimento do humano. E pelo fato de a rotina diária ser tão complexa faz com que, muitas vezes, os membros da equipe esqueçam de conversar, tocar, buscar entender algo sutil que se apresenta na relação. Enfim, tentar realmente compreender aquele ser que ali se apresenta. Ficou nítido no comentário acima a valorização desse cuidado humanizado, da busca de detalhes sutis que possam ser identificados para que o paciente tenha uma morte digna.

Zorzo (2004) considera que o cuidado humanizado para o paciente na iminência de morte consiste em suprir as dificuldades que ele apresenta durante o processo de morrer, ou seja, ouvindo seus medos, suas angústias, permanecendo ao seu lado e segurando sua mão quando a morte estiver próxima de se confirmar. Isso seria proporcionar uma morte digna e tranquila.

É possível que, em algumas situações, eles não consigam dirigir seus cuidados da maneira mais atenta possível, contudo acreditam que esse teria sido o caminho mais adequado, essa seria a crença.

Sapeta e Lopes (2007) dizem que toda e qualquer ação profissional deverá estar centrada nas necessidades individuais manifestadas pelo doente; que a intenção terapêutica não passa pela cura ou recuperação, e sim por conferir dignidade, aceitar os limites e a morte com tranquilidade e serenidade.

Na verdade, frente à morte há uma necessidade de descoberta de um sentido. Alguns buscam, num olhar específico para esse doente terminal, espaço e tempo

verdadeiramente íntimos em que possam assistir, entender, acompanhar esse ser que da morte se aproxima, promovendo-lhe uma morte com dignidade, ou seja, uma boa qualidade de morte. Poles (2008) diz que na morte digna busca-se a priorização da pessoa doente e não mais o tratamento da doença, atenuando a obsessão de sustentar sempre a vida biológica, levada à obstinação diagnóstica e terapêutica, cuidando do paciente até o fim.

6.3.3. Concepção 3: cuidar do paciente até o fim

O cuidado ao paciente até o fim dos seus dias ainda é percebido como um grande desafio. Acima já discutimos bastante a respeito das vicissitudes ligadas ao doente oncológico em fase terminal, principalmente em relação a dificuldade do profissional de saúde em aceitar morte, já que nem a sociedade em que estão inseridos os que privilegiam a técnica em detrimento do humano, nem seus processos de formação privilegiam a abordagem dessa temática.

Pessini (2009) alerta que as ações de saúde de hoje são sempre mais marcadas pelo “paradigma da cura”, governado por uma inclinação em direção a cuidados críticos, medicina de alta tecnologia. E, à medida que a prestação de serviço do sistema de saúde torna-se mais dependente da tecnologia, são deixadas de lado as práticas humanistas.

Alencar (2005) acrescenta que a intensa velocidade dos avanços tecnológicos e a assistência centrada na cura têm contribuído para o inadequado atendimento das necessidades do ser humano. Mas é importante ressaltar que o que foi trazido pelos nossos entrevistados diverge do que falam os autores. Percebe-se o interesse e a preocupação com esse cuidado até o fim. Tal concepção também foi encontrada nos depoimentos dos alunos entrevistados por Silva (2006), que declararam que ficar até o

fim significa que, ao se esgotarem os instrumentos utilizados pela medicina tecnológica para curar, é possível ainda lançar mão dos aspectos humanísticos da mesma medicina, recorrendo aos cuidados paliativos e confortando a família.

Vejamos os comentários dos nossos oncologistas

Tem que ter muita paciência, boa vontade e compromisso, o paciente é seu, ele vai morrer e você tem que cuidar dele, ou seja, cuidar dele até o final. (Dr. Hermes)

Nesse momento você deve lidar da maneira mais profissional e humana possível, você tem que saber que ali é uma vida humana que a pessoa tem dignidade, tem família, tem as pessoas que gostam dele e tem que *tratar com todo carinho, até o último momento, até o último suspiro.* (Dr. Apolo)

Então, eu *chamo a família* geralmente os filhos ou marido/esposa para informar os últimos cuidados possíveis, que o paciente vai falecer nas próximas horas é para informar. Só para eles se prepararem das formas mais usuais, mais práticas, caso já tenha onde enterrar, o que vai acontecer. *Recomendo* para que venham *ver o paciente ainda com vida.* (Fragmento de cena com o Dr. Hermes)

Percebe-se a busca pelo equilíbrio entre o profissional técnico e humano, a busca pelo cuidado, nesse momento crucial vida x morte, que demanda dos profissionais de saúde, sensibilidade, comprometimento, compaixão e olhar atento. Tais características contribuem com a eficiência e a resolutividade.

Py (2004) assegura que encontrar a possibilidade de humanização é uma andança cheia de aventuras, idas e vindas, tropeços, indignações, alegrias, desalentos, êxitos, consolos, tensão, derrotas e incertezas.

Enquanto Carvalho (2003) sugere que, a cada dia, os profissionais de saúde precisam desenvolver um maior envolvimento com seu paciente para que encontrem posições mais humanitárias, com o intuito de levar mais conforto àqueles que estão frente à dor, ao sofrimento e à morte.

A relação entre o profissional de saúde e o paciente que vivencia o processo do morrer apresenta características específicas, que se revestem de grande importância. Cuidar do doente até os últimos dias configura uma dimensão profunda e delicada, ou seja, a equipe deve estar atenta ao que é velado e ao que é manifesto; aos temores do seu paciente para que possa oferecer-lhe o acolhimento necessário e a comunicação até onde ele permitir. Araújo e Silva (2007) relatam que manter a esperança e o otimismo, sem mentir, fingir ou ignorar as preocupações e riscos dos pacientes é um aspecto difícil do trabalho junto àqueles no fim da vida.

Rodrigues (2009) sinaliza que o desafio de lidar com a morte do doente extrapola a atividade laboral; que vencer tais desafios implica resgatar as experiências pessoais e as marcas adquiridas na trajetória profissional, percurso imbuido de paixão, habilidade técnica, doação de tempo e intencionalidade de cuidar.

7. Os desafios dos oncologistas diante da morte

“Os ‘outros’ não significam todo o resto dos demais além de mim, do qual o eu se isolaria. Os outros, ao contrário, são aqueles dos quais, na maior parte das vezes, ninguém se diferencia propriamente, entre os quais também se está” (Heidegger).

No lidar com o paciente com câncer, essa distância entre o eu e o outro pode ser perseguida e, como a pedra de Sísifo, continuar sempre a rolar. Cimbalista (2006) nos mostra que Sísifo, na mitologia grega, fora condenado pelos deuses a realizar um trabalho inútil e sem esperança por toda a eternidade: empurrar sem descanso uma enorme pedra até o alto de uma montanha, de onde ela rolaria encosta abaixo para que o absurdo herói mitológico descesse em seguida até o sopé e empurrasse novamente o rochedo até o alto, e assim indefinidamente, numa repetição monótona e interminável através dos tempos.

Tal qual Sísifo, o oncologista parece estar condenado a viver entre a esperança e a frustração, sendo a luta pela cura do paciente a sua pedra, pois se não cai sempre, em algum momento volta a cair, convidando-o ao eterno esforço de tentar vencer a morte, inevitavelmente proporcionando o contato com sua natureza falível, com a finitude e as dores que a envolve.

Mesmo diante de muitas dificuldades, impostas pelo contexto sócio-cultural dos médicos para expressarem suas dores, nós conseguimos extrair falas fortes de sentimentos vividos por eles. Sendo assim, neste capítulo, iremos, através das entrevistas e “cenas” obtidas na realização das oficinas, abordar o cotidiano que envolve as dificuldades dos oncologistas no enfrentamento da morte de seus pacientes, os seus desafios para tentarem dar corpo às concepções, aos papéis que eles desejam desempenhar. Ou seja, vamos falar dos sentimentos dos nossos entrevistados quando estão em contato com as dificuldades ligadas ao desejo de salvar, ao enfrentamento da não obtenção da cura dos seus pacientes. Portanto suas dores diante do não curar; dos desafios diante da comunicação das más notícias, o que implica o desenvolvimento de habilidades relacionais capazes de garantir a promoção da qualidade de vida e morte dos pacientes. Conseqüentemente, o alcance da atenção humanizada para eles e seus familiares; bem como dos desafios também desejados por nossos entrevistados de cuidarem até o fim de seus pacientes e conseguirem seguir a vida pessoal normalmente, apesar do convívio estreito com o sofrimento e a morte.

7.1. O sofrimento do oncologista diante da dor de não curar

O médico que resolve especializar-se em oncologia já sabe de antemão que, na sua prática diária, irá deparar-se com inúmeras situações de morte e com todas as dificuldades inerentes ao processo do morrer, por se tratar de uma doença agressiva e muitas vezes letal.

Como se sabe também, cada profissional irá comunicar e interpretar os acontecimentos à sua maneira, o que terá relação com os mais variados sentimentos a serem vivenciados e geridos. Não há como estar distante das próprias sensações ante tantos acometimentos físicos e emocionais do paciente oncológico, sobretudo frente à

dor de não salvar; já que o médico tem como papel o de alguém que traz a cura, algo que é fortemente introjetado por eles, em função da sociedade em que vivemos. Percebe-se a não legitimação dos sentimentos e um silêncio imposto socialmente, que busca tamponar e impedir tal contato.

Sarti (2001) comenta que não apenas o sentimento, mas também a expressão da dor regem-se por códigos culturais, constituídos pela coletividade, que sanciona as formas de manifestação dos sentimentos. Assinala que a dor é vivenciada nestes diferentes âmbitos sociais, de acordo com seu significado para o indivíduo e a cultura a que pertence. Os sentimentos do oncologista diante da morte não são verbalizados em função dos padrões culturais da atualidade, onde é velado a todo custo o falar da dor, do fracasso, da tristeza (Junqueira, 2008).

Larson e Tobin (2000) falam sobre o oncologista como alguém que possui um trabalho carregado de emoções, que estará com o seu paciente desde o momento inicial de diagnóstico, escolhas de tratamento, prognósticos desfavoráveis, doenças que não respondem a tratamento e contato com as famílias dos pacientes. Ressaltam ainda as preocupações ligadas ao seu próprio enfrentamento da doença do paciente, bem como o processo de enfrentamento do doente, suas metas de vida e os significados dados à doença e ao sofrimento.

Gunten (2008) diz que os oncologistas fazem parte de um grupo que apresenta as maiores dificuldades emocionais na administração dos cuidados frente aos que estão morrendo.

Souza (2005) explica que os profissionais de saúde têm o encargo de zelar pelo cuidado da saúde do homem, de modo a postergar a vivência temida da morte. Contudo há situações em que, a despeito de todo o esforço da equipe de saúde, o paciente morre. Nesse caso, evitam o contato com o cadáver, e quanto mais alto hierarquicamente,

menos contato se tem. Ressalta-se ainda a decepção imensa por parte dos profissionais que sentem que não foram capazes de salvar a vida que lhes fora confiada.

Esslinger (2004) destaca:

A atitude do profissional de saúde se volta na atualidade somente para a cura; faz com que a morte se apresente como uma inimiga que causa vergonha. Apesar de estar presente no cotidiano dos hospitais, há um silêncio sobre o assunto que culmina por causar grande solidão, não só no paciente, que se encontra sozinho diante de sua morte, mas também a toda a equipe médica, que se retrai diante de seus próprios medos. (p. 210)

Se, então, esses cuidadores não conseguem enfrentar a morte, como poderão ajudar àqueles que estão morrendo? O profissional só consegue cuidar e ajudar quando realmente compreende o que o outro sente. Isso não quer dizer que ele sofra junto com o paciente, mas que entenda o drama que este está vivendo. (Yamaguchy & Michelini, citados por Franco, 2002b, p. 48)

Por sua vez, Jackson, Sttebin, e Slater (2008), ao abordarem especificamente sobre as emoções dos oncologistas quando em contato com pacientes terminais, dizem que é muito frequente a experiência de um tremendo desconforto quando estão em contato com pacientes que se aproximam da morte. Referem alívio e tristeza como emoções predominantes, sobretudo frustração e infelicidade por não serem capazes de influenciar nos resultados, mesmo possuindo desejo intenso de fazê-lo. Referem como algo perturbador a progressão rápida da doença do paciente, em que sentem fortemente a sensação de tristeza e desamparo.

O que é colocado por Jackson et al. (2008) converge para o que aparece nas nossas entrevistas, ainda em relação ao momento em que o paciente começa a não reagir ao tratamento. Percebemos claramente ou nas entrelinhas das falas dos nossos entrevistados a dor de não curar. Vejamos:

A gente fica *triste*, porque pra gente, a gente fica satisfeito quando percebe que o paciente esta indo bem, que você está conseguindo controlar bem a, é, digamos, de certa forma acho que isso talvez é um pouco de exagero: eu consegui fazer diminuir o sofrimento, às vezes você opta por uma droga e óbvio atrás da droga, óbvio, tem todos os pesquisadores, todas as pessoas que se submeteram aquela droga e aquela droga que esta fazendo diminuir o sofrimento da pessoa né, você só está *procurando fazer as melhores opções*. (Dr. Hermes)

Eu fico *triste, tristeza*, na realidade você quer que o paciente responda que ele melhore, é o seu desejo, você fica feliz com isso. Então na realidade eu *me sinto triste*. Sabe? *Não queria que isso estivesse acontecendo*. (Dra. Atenas)

Varia de caso para caso, *revoltada, impotente* e muitas vezes *aliviada*. Revoltada é quando é aquele paciente que tinha tudo para ir bem e evolui super mal. E impotência no sentido que você não pode, por mais que você tente saber, você não é Deus, não esta aqui para curar todo mundo e aí aliviada. O que deixa mais a gente chateado é quando você não consegue... quando você consegue, mesmo eles terminais, mas que você consegue tirar a dor deles. (Dra. Panacéia)

A morte traz uma perda, se for uma coisa mais abrupta *um momento que você não esperava*, traz aquela questão, a coisa do *choque*, né? Aí deixa a gente meio atônito, você fica assim nossa! Esse paciente não era pra ir agora, será que de certa forma *eu fiz alguma coisa errada?* Então *mexe* e traz *pontos para serem reavaliados* no contexto, mas quando faz parte do processo natural, *aquilo que você espera* que vai acontecer *eu reajo de maneira bem*, consigo sair daquele ambiente de um hospital de constatar a morte e ir pra minha casa e jantar com meu esposo, brincar com meu filho e dormir bem, sem aquilo me deixar...minha vida segue normal, porque aquilo ali faz parte, já é esperado a não ser que seja uma coisa mesmo *fora do que a gente esperava* aí *mexe, mexe...* já cheguei em casa a *chorar, perder sono* e você fica de certa forma buscando aquilo ali, tem a missa de sétimo dia, você vai lá né? Porque quer abraçar a família quer curtir aquele momento também porque aquilo pra você foi muito difícil, mas de maneira geral acho que tolero bem. (Dra. Artêmis)

Hagerty, Butow, Ellis, Dimitri, e Tattersall (2005) se referem ao momento em que os oncologistas se deparam com dificuldades relacionadas à dor de não curar. Nessas dificuldades estão incluídos, fornecer estatísticas de sobrevivência, bem como, discutir expectativas de vida em pacientes com prognóstico ruim.

Para os médicos, é como se houvesse subentendida uma obrigação de tentar curar. Kipper (2000) fala que se busca a cura quando há real possibilidade de alcançá-la, quando isso não cria um ônus exagerado para o doente, e familiares. É somente quando a cura não é mais possível que se ressalta a tarefa de continuar cuidando do paciente, aliviando suas dores na medida do possível, proporcionando bem-estar físico, social e espiritual.

Nesse sentido, percebemos e, conforme já comentamos que, a incerteza da cura e a possibilidade da morte colocam o profissional diante de uma considerável carga emocional (Ramalho, 2007). Muitas vezes, eles se perguntam em relação ao que gostariam de fazer em cada caso, ao que pode realmente ser feito e quais são os objetivos e as possibilidades, já que lidar com a progressão do câncer não é fácil, em função dos amplos fatores e significados que a doença envolve. Alguns médicos se veem frente a um grande desafio e conseguem perceber a potência que existe no ato de cuidar, mesmo diante da impotência, por não conseguir a cura. Fica claro o valor de oferecer consolo e apoio, como nos mostra o entrevistado abaixo:

Às vezes a gente se sente um pouquinho *impotente*, né? e que o que você teria que fazer, na verdade é muito mais consolar, consolar e dar apoio, *impotência*, né? Tudo depende de objetivo, se você pensa que seu *objetivo é cura* você vai se sentir *impotente*, mas se você pensa que seu objetivo é só, não é mais a cura, seu *objetivo é dar conforto* aí pronto você vai trabalhar, cabeça boa, até o final da vida daquele paciente e eu penso muito nisso *o objetivo não é a cura*. (Dr. Hermes)

Por outro lado, alguns profissionais ficam presos realmente na impotência e na sensação de fracasso como nos mostra Kovács (1991) quando aponta que a situação da morte iminente de um paciente produz no profissional angústia e sensação de fracasso e o abandono da crença de que pode cuidar, que frequentemente, encontra-se despreparado para tal situação.

A situação de morte de um paciente mobiliza nos profissionais um sentimento de impotência por não saberem agir, por não saberem abordar o assunto, por não terem vivenciado situações semelhantes na formação acadêmica; enfim, por não se sentirem aptos para cuidar do paciente e de sua família (Silva, 2006).

Como nos fala Cassorla (1992) quando estamos ante a nossa impotência, por vezes nos defendemos através da nossa onipotência. E por isso, muitas vezes, alguns profissionais adotam uma postura de poder absoluto justamente pelo fato de não saberem o que fazer quando se sentem assim.

Andrade e Andrade (2010) sustentam que ser detentor de um conhecimento é ser detentor de um poder e que o conhecimento médico não foge a esse destino. O médico busca aplicar um conhecimento em favor do seu paciente. Contudo ressaltam que o efeito colateral do conhecimento-poder é a sensação de onipotência, leia-se, a defesa contra a ameaça de impotência. Acrescentam ainda que tanto a impotência como a onipotência mascaram a potência.

Seria muito importante que tais profissionais aceitassem as situações em que se sentem impotentes, aprendendo a lidar com essa sensação, despedindo-se assim, da idéia de que tudo pode ser feito; entendendo que onde se acha que nada se há de fazer, há muito a ser feito a fim de favorecer o encontro com a potência do cuidado, encontro este possível quando eles conseguem exercer o cuidar daquele que sofre como uma parte importante do seu ofício, já ensinava Hipócrates.

Lima et al. (2005) defendem que a ação de cuidar envolve a relação do sujeito que cuida consigo mesmo e com o sujeito a ser cuidado. Estar atento aos cuidados consigo mesmo se corporifica nas formas que escolhemos no cuidado dirigido as pessoas.

Já Silva (2006) nos fala sobre a descoberta da potência que existe no estar junto ao paciente para além da lógica do fazer meramente instrumental sobre uma medicina que considere a totalidade da experiência humana na saúde, na doença e na morte.

Muitas vezes, as dificuldades cotidianas se apresentam de uma maneira que atrapalham a percepção da potência que há no cuidado, mesmo que esse seja dirigido àquele que já se encontra na iminência da morte.

Cano (2008) ressalta que a morte se faz presente e é inerente à prática do oncologista. Esse profissional lida com o dilema vida-morte, o qual resulta na convergência de aspectos comportamentais, emocionais e sentimentos de frustração frente a tratamentos sem sucesso. Quando a morte realmente ocorre, nota-se mais uma vez a mistura de vários sentimentos como angústia, derrota, tristeza, incapacidade, entre outros. Podemos observar tal fato nos relatos abaixo quando questionados a respeito de como se sentem após a morte do paciente: “Fico angustiada, né? Por favor alguém vem aqui ficar no meu lugar, chama os médicos” (Dra. Hera); “Aí é nossa *derrota*, aí eu me sinto *derrotado*, porque *a ciência é derrotada* né? Não é eu particularmente é a ciência, quer dizer que a medicação não conseguiu reverter aquilo ali. *A doença ganhou*, digamos assim” (Dr. Apolo); “*In-ca-pa-ci-da-de!* Fui incapaz de conseguir tirar... ele morreu, eu me sinto incapaz... fico *triste, horrível, péssima*” (Dra. Afrodite).

Então, esse é confrontado com emoções inerentes ao processo existencial de ser médico, com angústias relacionadas à morte, sensação de impotência e derrota frente aos maus prognósticos e ao sofrimento do paciente e da família. Seria fundamental o oncologista conseguir desenvolver consigo mesmo significados que facilitem a sua prática profissional, o seu contato com o doente e o enfrentamento desses processos que vão do diagnóstico até a morte do paciente.

Nesse sentido, Klafke (1991), falando sobre enfrentamento, ensina-nos que, quando o médico consegue manter a distância crítica, significa que existe uma boa relação, já que assim o profissional se sente seguro, confiante, tendo clareza de suas

competências e de suas limitações, podendo assim viver e estar perto, tanto das emoções do paciente, como de suas próprias.

Como nos mostra Feliciano, Kovács, e Sarinho (2005), os significados assumidos pelo trabalho para aqueles que o realizam, são passíveis de serem sentidos a partir das idéias e valores relativos aos conteúdos das tarefas, normas e padrões estabelecidos e atribuição de competências, em tempos e espaços determinados. Ribeiro (2008) diz que os pensamentos e sentimentos a respeito da morte podem variar muito em diferentes momentos de uma mesma pessoa; podem ser sentimentos confusos e dolorosos, serenos e plácidos, raivosos e rancorosos, e racionais e lógicos e assim por diante; são sentimentos dos mais variados tons.

Estar cara a cara com as impossibilidades e limites parece gerar dificuldades nos nossos entrevistados, ou seja, esses vivem sentimentos difíceis de serem avaliados e nomeados e que muitas vezes são antagônicos, o que indica o ônus deste trabalho tão ligado à morte, especialmente se eles não tiverem conseguido encontrar sentido na potência presente no cuidar. Vejamos o trânsito deles entre o “dever cumprido e a sensação de fracasso”:

Fica essa sensação, as vezes de, como eu diria, uma *sensação de dever cumprido* em algumas situações, uma *sensação de fracasso* em outras, né? E eu acho que esse misto. Ai é tão *difícil*, porque assim por mais que você esteja preparado, que o paciente vá morrer é aquela sensação de fracasso algumas vezes, é uma sensação de *alívio* outras, porque é tanto sofrimento, é um processo tão doloroso que é uma *libertação algumas vezes*, mas essas coisas se mesclam, sabe? Esse *alívio por essa parada do sofrimento e essa sensação de fracasso por você não ser super poderosa a ponto de mudar o rumo das coisas né?* (Dra. Higéia)

Depende, se for aquele paciente que já está acamado, já no hospital há vários dias em sofrimento eu digo: graças a Deus ele se foi. *Alívio*, poxa até que enfim. Porque o sofrimento é muito grande e você não tem como ajudar em nada, porque as vezes já são pacientes que estão com 30, 35 itens de prescrição, você não tem mais o que acrescentar, realmente, nesses casos é *alívio* pra gente, é alívio mesmo, pra mim pelo menos. (Dra. Afrodite)

De forma *tranqüila*, acho que de *consciência tranqüila*, sabe? Algumas vezes é um *conforto*, porque eu sei que ele *parou de sofrer*, e que nós fizemos o que podíamos, eu, a família, ele. As vezes é tanto sofrimento que quando isso acontece eu me sinto até *aliviada* por ele não sofrer mais. É alguns que marcam mais realmente, que são casos mais drásticos. (Dra. Atenas)

Depende, às vezes começo a marejar, as vezes não, quando falo com a família né? *Meus olhos marejam fácil*, não choro não, mas fico... como aqui já ficou desde o começo, mas vou falar com a família né? Acho que de perda, difícil de pesar, mas as vezes também de alívio, quando é aquele paciente que já vem sofrendo tanto. Você não pode fazer mais nada acho que pra ele é um alívio. (Dra. Panacéia)

É possível perceber que, diante da evidência de não serem “super poderosos”, surge o dever cumprido; de cuidarem de um sofrimento que também os atinge, “marejam seus olhos”.

Em função de tantos sentimentos vivenciados diante da impossibilidade de curar o paciente, quais os mecanismos de enfrentamento a que eles recorrem? Para responder a nossa inquietude, perguntamos aos nossos entrevistados o que fazem para ficar bem, se conversam e buscam ajuda. As respostas variaram. Tivemos a presença da grande dificuldade de compartilharem os sentimentos, convivendo com a busca deste compartilhar por parte da maioria das entrevistadas mulheres, fato que ilustramos mais adiante. Vejamos nesse momento as falas sobre as dificuldades:

Na verdade essa parte na grande maioria das vezes eu *lido sozinho* mesmo. Converso com a *minha esposa* as vezes, dependendo do caso *converso com os outros profissionais* que estavam com o paciente. Principalmente com a psicóloga e com a enfermeira. (Dr. Hermes)

Sinto *tristeza*. Não, *normalmente não converso*, normalmente *não faço nada, continuo trabalhando* e digo não, *isso faz parte da profissão vamos lá, tento comigo mesma resolver*. (Dra. Artêmis)

Não busco ajuda, falo as vezes com outros médicos, mas... porque *não tem esse espaço*. A gente trabalha assim de um ver o paciente do outro, mas *não tem essas reuniões de, nem abertura pra falar esse tipo de coisa, vão achar que você é idiota...* tem isso também. Não, *você ligar para outro, ocupar o tempo de outra pessoa pra falar sobre isso*. Às vezes, a gente se encontra e fala assim, é porque pra gente acaba sendo, querendo ou não, meio comum. (Dra. Panacéia)

As primeiras falas exemplificam o isolamento, “a solidão do sentir” que, de acordo com Silva (2006), é estimulada para que o profissional tenha comportamentos

condizentes com um ideário ainda vigente em torno do médico, ou seja, não demonstrar fragilidade, emoção, principalmente entre os pares. Podemos observá-la na “falta de abertura” para tal, citada por uma entrevistada, no possível julgamento depreciativo (“idiota”) e, na busca por outros profissionais que não seja os médicos.

Alguns profissionais, dentre eles Moreno-Jiménez (2005), afirmam também que a atitude de evitação dos sentimentos constitui uma das formas de enfrentamento mais desadaptativas e podem trazer sintomas prejudiciais à saúde. Advogam que os médicos tendem a negar suas próprias emoções e necessidades como mecanismos de sobrevivência, fechando-se emocionalmente e tentando manter a imagem social que é esperada do médico.

Outros depoimentos de médicas apontam na direção do que foi identificado nos estudos de Ricòn e Guarino (2008). Os autores falam sobre os estilos de enfrentamento emocional e as implicações dos mesmos sobre a saúde dos médicos. Asseguram que alguns deles buscam estratégias de enfrentamento mais saudáveis e adequadas, buscando barreiras protetoras que proporcionam o seu bem estar, enquanto outros se colocam em situações que trazem riscos para sua saúde. Eles citam a oncologia como uma das especialidades mais geradoras de estresse e falam que os homens buscam enfrentá-la de maneira racional, e que, inversamente as mulheres, estão mais propensas a experienciar a, contatar seus sintomas e a falar mais sobre tal fato.

Vejamos as narrativas de algumas oncologistas:

Converso, converso com as amigas de trabalho. Converso dentro de casa, eu também converso, e, normalmente, eu procuro assim, quando tem uma perda entrar em contato com o familiar, dar meu abraço, isso eu acho importante também. (Dra. Higéia)

Eu acho que pra *ficar bem é conversar*. É conversar, é o *ideal acho que seria ter essa escuta terapêutica* e a gente pudesse fazer essas **trocas**, mas eu acho que assim *o marido resolve as vezes, a colega de profissão também*, a gente troca figurinha, as dores e as vitórias, então eu acho que no trabalho mesmo a gente vai diluindo isso aí. (Dra. Hera)

Eu *desabafo com alguma colega oncologista*, uma *amiga* ou até com minha *mãe* como eu já falei quando realmente me marca mais, eu desabafo. Olha o que me ajuda, eu *procuro fazer alguma coisa pra mim* e pro shopping, assistir a um filme, jantar fora, conversar com as amigas e sair. (Dra. Atenas)

Sou uma pessoa muito falante, converso pelos cotovelos. As vezes chego em casa e desabafo com meu esposo, ou se não a gente *desabafa* no meio oncológico, ai fulana! E assim nos finais de semana quem vê os pacientes que estão internados, é equipe de escala de rodízio. Então acaba que eu perdendo, o colega, as outras falam: seu fulano faleceu? Ou mesmo elas já dizem, há mais *descansou, né? Muita gente vai ao psicólogo* mesmo. Tem uma colega nossa que está fazendo tratamento de choque. Está fazendo terapia mesmo. *Eu não consigo ficar calada, acho que isso me ajuda demais*. (Dra. Afrodite)

Alencar, Lacerda, e Centa (2005) defendem que o enfrentamento desses processos pode gerar tanto sentimentos dolorosos, quanto o incremento de novas crenças e a possibilidade de ressignificar tal fato.

Vimos que as nossas entrevistadas procuram conversar, dividir e compartilhar suas emoções e sentimentos, dados que corroboram em parte o que foi sinalizado por Ricòn e Guarino (2008) ao afirmarem que elas se expressam mais. Aspectos condizentes com os estereótipos de gêneros atribuem ao homem a dificuldade de expressão de suas emoções por ser incompatível com o que esperado para um homem, a demonstração de sua fortaleza, por exemplo, fato que é permitido as mulheres, compreendidas como mais sensíveis e frágeis.

No entanto, observa-se que, no ideário médico, a necessidade de distanciamento das emoções aliadas à dificuldade cultural de se abordarem temas que são tabus ainda em nossa cultura possui um certo peso, também entre algumas mulheres. Afinal, há uma tendência de censura àqueles que demonstram seus sentimentos; quem os coloca sinaliza fraqueza psicológica. Essa conspiração a inibir manifestações de emoções e sentimentos certamente dificulta a discussão sobre temas relacionados à morte (Mascia, 2009).

Casellato (2005) nos fala que, numa sociedade em que a relação com a morte é marcada por evitação e negação muitas são as situações em que não há reconhecimento social e, portanto, condições de expressar o pesar, compartilhar os mais conflitantes sentimentos e pensamentos e então receber apoio social e profissional para a reorganização diante da crise desencadeada pelas perdas advindas do cotidiano de trabalho. A autora coloca ainda que a negação ou a minimização de algumas perdas ocorrem inclusive na academia.

Para Brêtas, Oliveira, e Yamaguti (2006), a morte incomoda e desafia a onipotência humana e profissional, pois os profissionais da área da saúde são ensinados a cuidar da vida, mas não da morte.

Entretanto o que observamos é que boa parte de nossos oncologistas, por terem um contato cotidiano com o processo de morte de seus pacientes são impelidos a desejarem e buscarem aprender cada vez como lidar melhor com seus sentimentos, com seus pacientes e os familiares destes, a fim de promoverem um cuidado digno e humanizado até o fim da vida. Outros, diante de tantos desafios e das deformidades de sua formação, mantêm o processo negação e minimização de suas dores.

As estratégias de enfrentamento psicológico dos médicos em seu cotidiano de trabalho vêm sendo cada vez mais pesquisadas em diversos países. A importância de se estudar tal questão se dá em função das altas demandas no cotidiano profissional, bem como em função das implicações da mesma no campo emocional e psíquico do referido profissional.

Percebemos que muitos dos nossos entrevistados procuram conversar com outros colegas oncologistas, com familiares e amigos, enquanto outros sentem grandes dificuldades nesse compartilhar suas dores e experiências difíceis. Chamou-nos a atenção o fato de, em nenhuma das falas, ter sido referida a busca por um acompanhamento psicológico; pelo contrário, tal assistência foi apontada como “tratamento de choque”, ou seja, a entrevistada não vê a psicoterapia como um importante recurso de ajuda para o enfrentamento das situações difíceis inerentes ao cotidiano de trabalho.

Afinal, há uma tendência de censura àqueles que demonstram seus sentimentos; quem os coloca sinaliza fraqueza psicológica. Essa conspiração em inibir manifestações de emoções e sentimentos certamente dificulta a discussão sobre temas relacionados à morte (Mascia, 2009).

Em função do apresentado até o momento, podemos inferir que aprender a lidar com o sofrimento diante da morte de um paciente passa necessariamente por ressignificar

o papel de salvador para cuidador, lugar este que, por sua vez, possibilitará com mais qualidade o enfrentar das dores em torno de outras dificuldades, como a comunicação de más notícias, e o cuidar até o fim do paciente e seus familiares.

7.2. A comunicação das más notícias

A comunicação médico-paciente é uma habilidade passível de ser desenvolvida, contudo pouco reconhecida como tal no processo de educação médica. Uma boa comunicação é imprescindível para que se possa ter a compreensão necessária entre as partes, para o esclarecimento dos objetivos a serem alcançados e para adequar a natureza da relação às diferenças culturais e sociais dos sujeitos nela envolvidos.

Fato é que, conforme mencionamos no capítulo anterior, o segundo papel considerado por eles como mais importante para o enfrentamento do processo de morte de um paciente diz respeito ao alcance da habilidade na comunicação de más notícias. Para tal, desde o momento do diagnóstico, eles lidam com as dificuldades em torno do alcance da qualidade da comunicação.

Na verdade, só a possibilidade do diagnóstico da doença faz da relação médico-paciente uma situação em que haverá ansiedade. Para o paciente é muito difícil, pelo fato de estar numa situação incerta e ameaçadora; para o médico também há ansiedade pelo motivo de, a cada novo caso, encontrar-se cara-a-cara com o imponderável da vida e da morte.

Para Souza (2009), a comunicação de más notícias é uma das atividades mais frequentes entre os oncologistas clínicos, gerando desconforto para a maioria, já que o câncer é uma patologia cheia de estigmas e ainda é percebida como uma doença que leva inexoravelmente à morte, sendo também acompanhada de dor e sofrimento intoleráveis. É compreensível que os obstáculos já sejam encontrados desde a

apresentação do diagnóstico ao paciente, seguida pelo acompanhamento do seu tratamento e, em alguns casos, no momento de informar que ele está fora de possibilidades de cura.

Moryl et al. (2003) diz que a comunicação sobre as opções de tratamento, prognóstico, diretivas avançadas e apoio ao paciente e à família é vital para o desenvolvimento de uma relação entre o oncologista e o paciente. Cada um desses momentos exige bastante do oncologista, desde o diagnóstico.

Um dos eixos principais do tratamento é o entendimento de que o oncologista continuará envolvido em cada aspecto de seu cuidado até o momento da morte. Se for devidamente comunicada, essa promessa irá assegurar ao paciente que o seu médico não irá abandoná-lo se as terapias antitumorais falharem, mas vai dar uma atenção vigilante para o controle dos sintomas e da qualidade de vida para o paciente e apoio à família em cada estágio da doença.

No entanto, tal tarefa é árdua para o médico; para alguns esse é um dos momentos mais difíceis, sobretudo no que tange à comunicação com a família, como aparece no comentário de um entrevistado, vejamos:

O mais difícil para mim é a *comunicação com a família*. As vezes aquele paciente é imprescindível para a aquela família e a família não quer perder, né? Enfim, isso que é o complicado. E assim, o que é muito triste na medicina, não só na oncologia, mas em toda especialidade médica é que muitas vezes depois que o paciente morre a família ela não quer mais ter um contato com você. Quando olha pra você pensa na pessoa, quer dizer, isso é muito chato. Isso é uma coisa muito triste, é como hospital, tem gente que não vem pra cá porque o pai morreu ali tal e acompanhou o sofrimento de uma morte independente da causa, então isso é muito

complexo. É então o lado da gente, é isso, que muitas vezes você faz tudo por aquela pessoa, né? (Dr. Apolo)

É muito difícil dar apoio à família. Dar suporte, dar apoio. É que muitas vezes pra gente é difícil, pelo nosso tempo restrito, a gente esta sempre correndo pra lá e pra cá, sem tempo. Tem os nossos problemas pessoais os nossos familiares. Todo mundo tem, mas eu acho que é fundamental né? Você ter paciência, você dar apoio para a família nesse momento, tentar confortá-la, mostrar que não há mais sentido em o paciente estar ali, porque os familiares tem que... na minha opinião, entender que... para que o paciente estar vivendo daquele jeito? Porque esse egoísmo? Porque o paciente estar vivendo daquela maneira? Né? (Dra. Héstia)

O grau de dificuldade vai depender de muitos fatores, inclusive do contato que se tem com o paciente, do que o médico conhece do mesmo, de como seja a reação desse ao recebimento da notícia, entre outros fatores. Assim aponta a entrevistada acima, dizendo que alguns casos marcam mais, vejamos:

Eu acho que de uma certa forma eu me acostumei com esse dia a dia. Porque são tantas noticias ruins que a gente da quase todos os dias ne? A gente lida, claro que alguns casos marcam mais. (Dra. Héstia)

Contudo, o que significa esse acostumar-se? Será que isso é realmente possível? Seria o não envolvimento das emoções um contato asséptico com os sentimentos? Será que não seria mais adequado aprender a lidar?

Vários autores, dentre eles Millan (1999), Quintana e Arpini (2002), Quintana, Cecim, e Henn (2002), Romano (1994), Valente e Boemer (2000) constataram que a forma adotada pelos profissionais de medicina para tratar a morte é colocá-la num lugar

de silêncio, não sendo demonstrados por eles os sentimentos que a mesma desperta. Não obstante, observa-se que a morte – bem como o paciente que dela se aproxima – é um assunto que não deixa de inquietar.

Perceber tal inquietação e buscar maneiras e habilidades para comunicar-se possibilita a abertura de um canal de comunicação onde todos os entendimentos possam acontecer. Turini (2008) diz que a comunicação médico-paciente pode trazer diferentes conseqüências para o paciente, como satisfação, aderência ou não ao tratamento e compreensão ou não da informação transmitida.

Pollak et al. (2007), por sua vez, apontam para o fato de que os pacientes precisam de um tempo para digerirem as informações e emoções e quando conseguem revelar totalmente suas preocupações podem enfrentar melhor a situação.

Já Carvalho (2006) diz que é comum que o paciente se sinta inibido para questionar ao médico, muitas vezes por questões culturais; que as informações causam um impacto emocional e que assim os pacientes precisam de tempo para as elaborações. No momento em que assimilam algo, abrem espaços para novos questionamentos.

Enfim, autores diversos se debruçaram sobre a relação do médico com o paciente terminal, dentre eles Hilden (2001) explica que são identificados obstáculos para o bom cuidado; que esses ocorrem principalmente pela dificuldade de comunicação do profissional, bem como pelas expectativas não realistas da família e pelo fardo emocional de tomar decisões no fim da vida, ou seja, de decidir e optar pelo tratamento paliativo. O pensamento desses autores converge para os argumentos dos entrevistados, no que diz respeito aos sofrimentos dos familiares e explicita o grau de dificuldade que os oncologistas enfrentam. As falas abaixo exemplificam:

Muito raramente você percebe que a própria família, digamos, o familiar que esta lá responsável para lidar com o paciente, *você percebe que*

aquele familiar não tem condição psicológica de lidar com paciente terminal e aí eu peço para vir outro: vem cá, é só você mesmo que está acompanhando seu pai? Não tem irmãos? Tenho! Há então peça pra ele vir, quer dizer, você percebe que aquela pessoa ta abalada demais ou ela vai se abalar demais com aquela responsabilidade. (Dr. Hermes)

Eu acho que ele deve ser muito *claro, claro com a família* e aí *com o paciente ele tem que ver até aonde ele pode ser claro*, até onde ele é *capaz de decidir*. Porque tem pacientes que *eles querem saber*, tem pacientes que eles *querem ser enganados*. Eu acho que isso tem que *saber limite*. (Dra. Hera)

Será que os pacientes querem realmente ser enganados, como conclui a médica? Ou será que essa tarefa é tão difícil para o médico, que ele compreende tal fato dessa maneira? Esse exercício de saber o limite do paciente e de seus familiares, de aprender o quanto eles toleram falar na morte, de passar informações claras, de maneira que não provoque ainda mais dificuldades aos mesmos, ou seja, a busca por esse contato adequado, muitas vezes gera embaraço no profissional e, conseqüentemente, dificuldades para o doente.

Conscientizar o doente sobre o agravamento do seu quadro não quer dizer deixá-lo sem saída ou sem esperança, afirmando que não há nada a fazer, num claro sinal de desinvestimento (...) não falar sobre esses temas com o intuito de proteger pode trazer situações de incerteza e isolamento. (Kovács, 2003, p. 121)

Silva (2006) fala que, nesses casos, infere-se que o paciente ou familiar pode sentir dificuldade e não querer saber. E diz que, para que os médicos compreendam se

essa é a verdade, é necessário que se permitam iniciar um processo de escuta, de ouvir perguntas, fornecer respostas e compartilhar sentimentos. Diz ainda que seria necessário deixar-se ser interpelado pela dor do outro para compreender sua real demanda. Em outras palavras, implica em tentar aproximar-se do que realmente é sentido e vivenciado pelo paciente e sua família.

Kubler-Ross (1996) assegura que, ao se fazer contato com os que lidam diretamente com a morte, como médicos, enfermeiras, entre outros, percebe-se a preocupação com o paciente; com o quanto ele tolera a verdade; o que pode ser dito, sendo sempre difícil encarar um paciente após o diagnóstico de um tumor maligno, pelas incertezas despertadas nos pacientes, mas também nos médicos, especialmente nos momentos em que ele já não responde mais ao tratamento.

Moreira Filho (2005) aponta que os médicos vivem a ambígua situação de que, lutando em favor da vida, podem, no entanto, tornar-se mensageiros da morte.

Vejamos o que referem os entrevistados quando questionados em relação ao momento em que o paciente começa a não reagir ao tratamento:

Tento dizer a ele que ainda existe tratamento a ser feito, que não é cura, mas existe. Ser presente, não tirar a esperança dele. Mas como oferecer esperança, se eu não tenho mais? Difícil né? Tentar levar a parte técnica, o melhor possível para que aquele paciente não sofra tanto, ser atencioso, e é isso. (Dra. Higéia)

Como nos mostra Robson (2008), os oncologistas apresentam um forte desejo de ajudar seus pacientes a manterem a esperança. É mais fácil para eles trazer informações otimistas, quando há a possibilidade de proporcionarem o controle da doença, de focarem nos aspectos positivos como os resultados dos tratamentos, as novas terapias e

estatísticas, ou seja, é muito difícil para eles lidar com os tratamentos não há mais a possibilidade de cura.

Compartilhando o mesmo entendimento, encontramos Hagerty et al. (2005), que falam sobre a dificuldade de encorajar a esperança do paciente, de buscar junto a ele o encontro com suas necessidades reais, sem perder a sensibilidade e honestidade. Echeverri (2006) afirma:

É importante que o médico evite situações que gerem bloqueios no paciente, como respostas sim ou não, minimizando ou menosprezando a importância do que ele pergunta. Uma pergunta muito difícil de responder, especialmente se é feita nos primeiros encontros é: “Dr., eu vou morrer?” com muita frequência ela é respondida com: “todos nós vamos morrer” ou “de repente morro antes de você”, respostas que bloqueiam a comunicação e desqualificam o temor do paciente. (p. 60)

Os oncologistas clínicos, frequentemente, não conseguem entender a emoção do paciente, para criar uma empatia com ele. Podem evitar a emoção ou mudar o assunto, o que pode atingir negativamente a relação com o paciente (Pollak et al., 2007). Essa tentativa do evitamento do contato com a emoção, no momento de comunicar-se é verificada no comentário abaixo. Percebe-se uma ambigüidade na forma como a entrevistada se refere à comunicação. Acha que deve ser como médica/profissional sem se envolver. Contudo ressalta sentimentos necessários de serem vividos e que irão favorecer o contato com o doente. Vejamos:

Olha ele deve comunicar do ponto de vista médico mesmo... profissional. Porque *se ele for se envolver emocionalmente* com paciente que está nos dias de morrer e você se envolver muito com aquele paciente *ao ponto de ficar muito triste de ficar muito emocionalmente abalado...* de sofrer

junto com a família não vai agüentar ficar na oncologia 2 anos...porque infelizmente *a gente perde muito paciente*. Então frente aquele paciente terminal, você *tem que ser com o paciente sensível, doce, carinhoso*, em especial aquele paciente que esteja consciente você tem que *brincar, sabe? Conversar com ele*. (Dra. Afrodite)

Essa fala revela o desejo de ser capaz de realizar uma atenção humanizada e os medos de sucumbir diante da dor que o envolvimento não equilibrado possa favorecer. Por vezes, esse “comunicar profissional” se esconde em jargões técnicos, para evitar a proximidade, mas não eliminar a dor do oncologista, que gostaria de fazer diferente, mas pode não ter aprendido a fazê-lo. Para alcançar uma competência comunicativa, é preciso aprender a dar bem más notícias, a disponibilizar tempo e vincular-se com o outro. Não há boa comunicação sem o desenvolvimento de habilidades humanísticas, imprescindíveis, para que o cuidado não seja meramente instrumental (Nogueira da Silva, 2010).

Os estudos de Pollak et al. (2007) ilustram também a importância da competência comunicativa. Ele realizou uma pesquisa entre oncologistas e pacientes com câncer avançado para avaliar a prevalência e a natureza empática no cuidado de câncer e como os oncologistas respondem a tais pacientes que se encontram em fase terminal da doença. Quando os médicos foram questionados a respeito de sua conduta, se seria mais técnica ou sócio-emocional, eles se descreveram como mais técnicos, que possuem dificuldades de captar a emoção que o paciente traz, em função de não terem recebido no passado um treinamento que os instrumentalizasse para uma boa comunicação com o paciente.

Nessa direção, caminha Silva (2006) fala sobre o estabelecimento de uma competência comunicativa que depende da qualidade das interações subjetivas entre médicos, pacientes e familiares.

Moreira Filho (2005) refere que os médicos geralmente insistem nos aspectos objetivos e os pacientes, nos seus sentimentos, sensações e angústias; os médicos dão mais atenção às anomalias físicas e aos resultados laboratoriais, enquanto as necessidades maiores dos pacientes são de serem tranquilizados e confortados. Ademais, se esses pacientes não receberem as informações de maneira adequada, não estabelecerem bons contatos com os seus médicos, não forem compreendidos em suas necessidades, podem exacerbar suas queixas, recusar as propedêuticas, negar-se aos tratamentos e assim complicar suas vidas.

No mundo atual, as pessoas se comunicam cada vez menos; na correria do ritmo cotidiano, as pessoas se fecham cada vez mais em si mesmas. Sendo assim, os contatos interpessoais são cada vez menos satisfatórios. Para muitos, o médico é uma das poucas pessoas com quem se consegue um diálogo mais franco, já que é garantido o sigilo profissional. Quando o profissional percebe que foi hábil e eficiente na comunicação com o paciente, sente-se satisfeito em função do trabalho eficiente. Isso traz uma diminuição do estresse do profissional e da ansiedade do paciente, fazendo com que ele, estando atendido nas suas inquietações, solicite menos do médico. (Carvalho, 2006, p. 117)

Ressalta-se, então, a importância do preparo dos profissionais para que possam oferecer uma atenção adequada e melhores cuidados, a fim de que o paciente e sua família possam ultrapassar da melhor maneira essa fase tão especial de suas vidas. À

medida que o profissional consegue falar claramente e sem muito sofrimento sobre as questões inerentes à morte, isso se reflete no comportamento do doente e da família.

A qualidade da comunicação é, sem dúvida, um dos desafios na produção do cuidado dos pacientes terminais em oncologia clínica e, por isso, merece atenção, já que, quando ela acontece, favorece não só ao paciente, como ao seu familiar e ao próprio profissional de saúde. É primordial que se desenvolvam estudos que focalizem os cuidados com o paciente em estado avançado de câncer, e, como aponta Sales (2008), essa é uma tarefa desafiadora, principalmente quando se articula esse cuidado aos princípios éticos, científicos e filosóficos, relacionados à terminalidade e aos cuidados paliativos.

7.3. Diante da terminalidade, mais um desafio: cuidar até o fim

Carvalho (2006) relata que o momento de transição do tratamento curativo para o paliativo pode gerar fortes reações emocionais na equipe, como ansiedade, depressão e reações negativas. Nessa situação de morte próxima, quando a angústia do doente e da família é extrema, o profissional é chamado a intervir, pois todos os que o amam não querem perdê-lo. O profissional se sente obrigado a atender o doente e dedicar-lhe toda a atenção, mesmo sabendo que não tem muito a ser feito do ponto de vista da cura.

É oportuno explicar o que se denomina paciente terminal. Gutierrez (2001) diz que, quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde do paciente, a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível. O paciente se torna irrecuperável e caminha para a morte sem que se consiga reverter essa realidade.

Já Floriani e Schramm (2008) definem que é aquele que está em fase final por evolução de sua doença, sem condições de reversibilidade, frente a qualquer medida terapêutica conhecida e aplicada; contudo não ressaltam essa proximidade da morte.

O Grupo de estudos de ética clínica da Sociedade Médica de Santiago (2000) acrescenta que a progressão e a irreversibilidade da enfermidade são elementos de definição necessários para classificar o doente como terminal e ressaltam que os casos são individuais; que pode haver variações na evolução da doença, dependendo de sua natureza e de outros fatores.

Gregório Neto (2010) reflete que o diagnóstico de paciente terminal é uma das questões conflitantes para os profissionais da saúde pelo fato de ser permeado de subjetividade, tanto por parte dos profissionais, como de pacientes e familiares, bem como da cultura, das questões morais, éticas e técnicas.

Como aponta Kovács (2008), esse conceito de paciente terminal, surgido no século XX, tem sido profundamente questionado nos dias de hoje. Contudo ainda é utilizado, apesar de todos os contrasensos que provoca. É um conceito impreciso que sugere uma estigmatização. Ela questiona:

Qual é o critério a ser levado em conta, no caso de uma doença letal ou da proximidade da morte? Observa-se essa confusão em pacientes com câncer que hoje têm amplas possibilidades de tratamento e recuperação. Muitos pacientes oncológicos têm aumentado o seu tempo de vida. Então nos perguntamos: quando é que se tornam “terminais”? Do ponto de vista psicossocial, o atributo terminal pode condenar o paciente ao abandono, por se ter a ideia de que “não há mais nada a fazer”, a uma naturalização da dor e do sofrimento, já que a morte está próxima. Sabemos que falar de “pacientes terminais” traz muitos problemas, entretanto ainda não surgiu outro termo mais adequado. (Kovács, 2008, p. 549)

Para Kalemkerian e Amir (2003), os pacientes precisam da orientação do médico, de consolo e nada mais, o que contribui para a aceitação da realidade e para o

alívio do sofrimento. Schapira (2003) diz que os oncologistas deveriam reconhecer a importância de escutar seus pacientes, suas atitudes, suas histórias e crenças, sabendo que as mesmas influenciarão no impacto de suas recomendações, atitudes imprescindíveis diante de pacientes sob cuidados paliativos (CP).

O cuidado dirigido ao paciente com câncer em fase terminal é denominado de cuidado paliativo, um cuidado ativo e total nas doenças que não respondem ao tratamento curativo. O conceito de cuidado paliativo teve origem no movimento *hospice* organizado por Cicely Saunders, que se baseava na promoção da qualidade de vida e entendia a importância de escutar o ser doente e seus familiares, para compreender sua vivência com a doença.

A fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal. Trabalhar de acordo com os CP significa abordar de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual da pessoa adoecida; centrar-se na procura do bem-estar do paciente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até o fim; respeitando-se o direito de a pessoa adoecida escolher o local onde deseja viver e ser acompanhada no final dos seus dias.

São muitos os sentimentos identificados no cotidiano de trabalho com os pacientes terminais; a cada nova história uma reação diferente acontece. Casos tocam e emocionam mais, outros menos, e assim se segue a rotina diária. É importante que o profissional se dê conta dos seus sentimentos, do que acontece consigo, de como reage a determinadas situações, para que assim entenda qual é o seu papel em cada situação, em que lugar deve se colocar, de maneira que estimule o paciente a quem assiste a compreender o que se passa, para que, assim, este possa tomar suas próprias decisões. Quando questionados em relação a como se sentem quando lidam com pacientes terminais, vejamos algumas respostas:

Me sinto *satisfeito*. Porque, digamos, eu estou fazendo o que eu me propus a fazer. É um trabalho fácil? Não. É *extenuante*, é *cansativo*. (Dr. Hermes)

É eu fico realmente pensando, a gente se reporta pra gente mesmo, como seria, *como a gente estaria se estivesse no lugar daquele, né?* Então muitos pacientes chegam pra mim e reclamam eu digo. Olha, eu sei o que você sente. Eu sei que a gente não está passando por isso, mas tudo que você está sentindo você tem motivo para estar sentindo, na realidade é isso a gente se coloca na dor dos outros, certo? A gente sabe que é coisa dura, tentar se aproximar da dor. A gente sabe que ele tem razão de estar assim daquele jeito. (Dr. Apolo)

Depende tanto...tem dia que eu não to... *tem dia que você está mais emotivo, mais ligado*, você está mais, *emocionalmente mais abalado*, não sei qual é o termo, *as coisas interferem mais em você*. O seu lado emocional, então *tem dia que você está mais propenso a sentir alguma coisa*. (Dr. Prometeu)

Eu chego um pouco mais *cansada* em casa, sabe? *Cansaço que é físico*, mas também *emocional*, eu me sinto um pouco mais cansada, mas eu gosto, *é um cansaço bom, que é prazeroso*, porque você sabe que está fazendo uma coisa pelo próximo, entendeu? Está tentando ajudar naquilo que você pode, naquilo que você sabe, naquilo que você se propôs a fazer. Então *me sinto útil*, sabe? (Dra. Atenas)

Essas falas demonstram que o bem-estar, o sentido de ser útil, passa necessariamente pelo fato de esses terem ressignificado o lugar de salvador, para cuidador. Eles descobriram no dia a dia a potência presente do ato de cuidar daquele que sofre; assim pode ser possível lidar com as dores que envolvem tal acompanhamento sem sucumbir a elas, nem precisar se afastar do paciente, e portanto poderem realizar o cumprir o que acham correto fazer; cumprir a concepção que tem do seu papel, ou seja, o desejo de conseguir realizar aquilo que concebem e querem fazer: cuidar até o fim. É interessante que muitos estão oferecendo cuidados paliativos sem identificarem isso, como poderemos observar mais adiante. O que é inegável é o fato de que a proximidade da morte do paciente os convida ao desafio de pensar na própria morte, condição suficiente para ser motivo de esquiva de muitos.

Meyskens e Shanafelt (2003) advogam que, muitas vezes, o limite imposto pela morte não é aceito pelo profissional, e a falha em aceitá-lo pode levar à culpa; o senso de compromisso e a obrigação dos oncologistas com os seus pacientes podem levá-los a se sentirem responsáveis por produzirem milagres, já que tanta confiança é depositada pelo paciente, que se torna mais exigente, menos lógico, mais medroso, mais fantasioso etc. Contudo, toda enfermidade, por simples que seja, coloca para a pessoa enferma a problemática da invalidez e da morte. Os enfermos são ambivalentes diante dela; por um lado querem conhecer a verdade; por outro, desejam fugir dela. É perceptível que as exigências dos mesmos para o conhecimento variam muito. Para alguns pacientes, a discussão de apoio sincero permite a participação no planejamento de seu tempo restante até a morte, enquanto que, para outros, a notícia vem como um golpe esmagador de que eles não têm os recursos de enfrentamento para se recuperar. É fundamental que o profissional seja um facilitador nesse processo de elaboração do seu paciente.

Gutierrez (2001) diz que, quando o profissional se interessa em atuar acompanhando um paciente até seus últimos dias de vida, surgem dificuldades e questões a serem pensadas, como a própria morte e sua posição frente a ela e à vida. Não é uma tarefa fácil; por isso, talvez, tantas vezes denegada. É claro que as dificuldades são diferentes; cada um aponta quais os seus entraves do cotidiano quando não há terapêuticas curativas a serem feitas, e o profissional, aceitando essa realidade, sabe que é chegada a hora de esclarecer junto ao paciente e a sua família como será a vida que ainda lhe resta.

Em nossa pesquisa, quando interpelamos nossos entrevistados sobre as dificuldades ao lidarem com pacientes terminais, tivemos: a administração do próprio tempo, o *desconforto diante da família* do paciente, bem como a preocupação com a mesma, as *dificuldades de lidar com as recaídas e os obstáculos no cuidado ao paciente até o fim*, como o *desejo de tirar a dor e proporcionar dignidade na morte e conseguir falar abertamente para o paciente que chegou o fim*. Vejamos algumas falas:

A gente tá lá no hospital e não entende isso. *O paciente passa o dia todo esperando uma visita que dura dois, três minutos*. Pra gente é demorado, mas para ele voa né? Na verdade seja até rápido, mas seja eficiente, que pergunte como ele está se sentindo e o que está precisando. Porque não dá para passar o dia inteiro com o paciente, mas naquele mínimo que você esteja, procurar cercar o paciente das melhores práticas de terminalidade, aí vai ter valido a pena, agora se você chega e tchau, aí é complicado. (Fragmento de cena, Dr. Prometeu)

É muito difícil... eu acho que é realmente *abordar esse momento que está próximo*, que vai chegar que infelizmente a gente agora *não tem mais*

muito o que fazer. Pro paciente é mais difícil, muito mais difícil, pra família eu tiro de letra, mesmo que eu sei que é doloroso ouvir, é bem mais diferente que pra aquela pessoa que a vida dela vai acabar, que você não pode fazer mais nada por ela é bem difícil. (Dra. Artêmis)

Ver como é que eu vou chegar para a filha daquele paciente ali que está morrendo e dizer o que? O que é que eu vou dizer pra ela? Não tem o que dizer eu só tenho que cuidar dele e me colocar a postos para escutá-la e tal, mas chega um ponto que você fica desconfortável, né? Tem pacientes que...*você se sente incomodada* as vezes. Talvez seja isso. Um *sentimento de desconforto, incômodo*, misturado. (Dra. Hera)

A primeira fala ilustra a dificuldade para lidar com o tempo destinado ao paciente e as outras duas exemplificam bem os desconfortos diante das famílias nesses momentos em que, de alguma forma, a questão da terminalidade se faz presente.

Quando a morte é inevitável e aproxima-se o momento da sua ocorrência, o papel fundamental do oncologista seria assegurar ao paciente uma morte menos sofrida, mais tranqüila, e uma preparação adequada, não só para ele, mas, sobretudo, para a família. Ajudando ao seu paciente a morrer humanamente, enquanto o ajuda a viver um pouco mais, de forma respeitosa e caridosa, ao tempo em que deve ser solidário na dor e no desespero. Como médico e como ser humano, ele precisa ajudar a família, sem se esquecer de que ele é, também, um ser mortal, que também ama e sofre, e que, naquele momento, desempenha o seu papel, despojado ou não da onipotência sobre a vida e a morte, e destituído de qualquer suposto poder divino ou sobrenatural que lhe confira a infalibilidade em relação à finitude humana.

Cabe registrar que, para buscar acessar de forma mais fidedigna esses profissionais, favorecendo o contato com suas dificuldades e desejos diante do lidar com a terminalidade, utilizamos ainda as cenas projetivas, como já referido no capítulo sobre metodologia. O uso das cenas possibilita que o participante, ao realizar projeções, possa aprofundar percepções e ensaiar alternativas para as situações de cuidado construídas no exercício, revelando ainda os medos e angústias relacionadas à temática em questão. Esse recurso objetiva driblar o racional, tão presente nos discursos. As cenas, apesar de serem construções feitas por eles, também revelam muito do que é vivenciado pelas equipes que trabalham com os cuidados paliativos, com as gratificações e os momentos de serenidade e beleza. Cabe ressaltar que os participantes tiveram muita dificuldade para realizar o exercício, pois exigia um tempo a mais para a construção das cenas. Na primeira cena, foi solicitado que imaginassem uma situação em que estivessem com um paciente grave, próximo da morte, imaginando detalhes daquele momento de encontro médico-paciente. Na segunda, solicitou-se que se imaginassem com uma câncer avançado, também próximos da morte, e uma relação ruim com o oncologista que o acompanha. Essas cenas estão descritas e detalhadas nos Apêndice B.

A partir do uso das cenas, foi possível aprofundar as nossas observações em relação aos nossos oncologistas no que diz respeito à dificuldade de despedida do paciente, os desejos de estarem mais próximos deles em seus momentos finais, de adotarem novas atitudes e posturas nesse cuidado até o fim. Vejamos:

Tenho na mente uma cena recente minha, detalhes de um sorriso, mesmo no sofrimento dela. Sorriu e agradeceu, disse que eu era o máximo, tudo para ela e isso para mim foi muito gratificante. E rindo e tudo, e eu disse: *não, a senhora não vai morrer agora e vai*. E ela se despediu rindo mais

uma vez, foi uma coisa super incrível, *dois dias depois ela morreu.*

(Fragmento de cena, Dr. Apolo)

Aprendi com a psicóloga, a perguntar o que ele estava achando de tudo isso e aí ele me colocou que estava tranquilo e que confiava em mim, tipo assim, eu não quero saber de mais nada, entendeu? Ele disse que a família queria levá-lo a SP e foi para agradá-los, mas que confia muito em mim e disse: as escolhas que você fizer eu vou aceitar entendeu?

(Fragmento de cena, Dra. Hera)

A cena do Dr. Apolo traz sentimentos, desejos de reconhecimento, como também o relato de uma boa despedida com sua paciente, ainda que exista a dificuldade de aceitar e confirmar que ela realmente poderá estar partindo. Ou seja, algo precioso pode ser percebido e precisa ser destacado o desejo de se despedirem e ficarem até o fim, na proximidade da morte.

O que se percebe no fragmento de cena da Dra Hera é que o paciente não quer mais decidir sobre seus tratamentos e, pelo fato de confiar na sua oncologista, entrega-se e acata as sugestões e decisões trazidas por ela.

Ouvir o pedido do paciente é mais que uma qualidade da profissional, como também uma necessidade ética; reforça o vínculo de confiança já conquistado entre o paciente e o profissional. No entanto, é importante a atenção no sentido do risco presente de uma possível atitude paternalista. É importante que se foque na autonomia do sujeito, acompanhando-o nos seus processos de decisão, ouvindo, esclarecendo dúvidas e respeitando o que o doente resolve para si.

Trindade et al. (2007) declaram que, muitas vezes, o médico assume uma postura de ajuda ao paciente, decidindo por si, o que configura o paternalismo. Muitas

vezes, diante de sua fragilidade, o paciente se coloca num lugar de submissão, e assim, percebem-se as decisões unilaterais do médico.

Em relação ao outro ponto que surgiu nas nossas entrevistas, ou seja, ao enfrentamento das recaídas, sabemos como essas recorrências são frequentes. Apesar das novas terapêuticas, o tratamento do câncer está cada vez mais específico e, conseqüentemente, mais eficiente. Contudo, no momento em que o médico libera seu paciente dos tratamentos curativos para aquele determinado câncer. Liberando-o assim das reações adversas dos quimioterápicos, e o paciente volta para a sua rotina diária, sabe-se que é necesario um controle apurado, através de exames trimestrais e semestrais, para verificar se há ou não um retorno da doença. Acontece que, quando a recorrência da mesma é identificada, toda a bravura e todo o estresse vividos serão retomados por ambos; tanto o profissional, quanto o doente mostram-se fortemente abalados, pois se sentem vulneráveis frente à incerteza e à recidiva do câncer. Vejamos as dificuldades dos nossos profissionais ao lidar com o retorno da doença de seus pacientes: “Aquele paciente passa *dois anos e meio* vindo para uma consulta, às vezes é uma rotina. Só pra mostrar o exame, aí chega e tem uma *recaída*” (Dr. Prometeu); “*Falar da recaída, acho que é mais difícil que comunicar que você tem a doença pela 1ª vez, a recaída é pior, eu acho*” (Dra. Panacéia); ou ainda:

Não, no geral eu não tenho dificuldades. Existem aqueles casos específicos de paciente nervoso, de paciente muito estressado que a gente conhece há muito tempo que não suportaria receber uma notícia que teve uma recidiva e você está ali pra dizer o que exatamente ele passou 10 anos sem querer escutar porque ele tinha medo da doença voltar, não vou dizer pra você que é a situação é fácil... não é fácil, não é fácil. É difícil, a gente tem uma certa dificuldade. A gente olha para um lado olha

para o outro e aí? O que é que eu faço, mas aí *a coisa flui naturalmente*, mas na maior parte das vezes, pelo menos eu lido bem com essa situação.

(Dra. Afrodite)

Embora as estatísticas de sobrevivência e a remissão total de alguns tipos de câncer sejam altas, muitas vezes parece precipitado usar o termo cura em oncologia. Tal termo é usado de forma reticente, tanto por pacientes, como pelos profissionais que o acompanham, pois, como nos fala Alapetite et al. (1988), é como se o término do tratamento enviasse uma dupla mensagem. Por uma lado significa sucesso, que o tratamento chegou ao fim, mas por outro, há um grande medo de que o câncer possa voltar. Seriam sentimentos ambivalentes, de euforia e de uma vigilância médica prolongada.

Quanto mais crônica a doença, e, à medida que avança, a morte se aproxima; conseqüentemente são indispensáveis os cuidados no fim da vida. Muitas exigências, habilidades e competências são necessárias e exigidas do profissional de saúde que se encarrega de acompanhar pessoas até os últimos dias. Cuidar do paciente num estado de vulnerabilidade, assistir sua família é uma tarefa singular; requer implicações pessoais, preparação técnica, ou seja, aquisição de um corpo de conhecimentos, habilidades e a delicadeza que a situação exige.

Como nos mostram García (1996) e Timmermans (2005), tais profissionais possuem dificuldades frente a todas as problemáticas envolvidas nesse processo, pelo fato de serem indivíduos sociais e culturais e não estarem livres dos valores que foram adquirindo ao longo do curso de suas vidas, vão interagir com seres que também possuem emoções e que estão vivendo um momento de impacto e grande insegurança.

Sales (2010) diz que a história do ser humano é escrita a cada dia, que as experiências, tanto boas quanto ruins, vão fazendo com que o aprendizado terreno seja

mais ou menos gratificante, com que novos sentimentos sejam originados até o momento em que há o recolhimento trazido pela morte.

E assim, apesar do difícil acompanhamento e processo de humanização dos cuidados dirigidos ao doente em fase terminal, podemos considerá-los a pedra basilar para que a morte adquira um outro lugar na nossa cultura e na nossa sociedade, ou seja, teríamos experiências de morte mais satisfatórias e menos aterrorizantes; de maneira que profissionais, família e paciente pudessem ultrapassar juntos esse momento difícil de maneira próxima, identificando os seus medos e frustrações e colocando-os devidamente em seus lugares. É importante que os profissionais de saúde reconheçam também que a doença é única em cada pessoa, manifesta-se de forma singular, devendo os cuidados no fim da vida serem adequados a cada paciente, havendo também o controle dos sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Outro aspecto citado que muito desafia os profissionais e que muito incomoda o doente e seus familiares é a dor física. Bennett (2011) comenta que estabilizar a dor é uma prioridade para os doentes e médicos. Diz ainda que as intervenções para o controle da mesma requerem considerações importantes. Elas precisam ser avaliadas em sua extensão, tempo, duração e necessita de seguimento contínuo. E talvez, por ser bastante subjetiva, gera tanta angústia nos profissionais.

Kovács (2003) nos fala que muitos membros da equipe não sabem como ministrar a dor e outros sintomas incapacitantes e, por muitas vezes, afastam-se dos pacientes. Nas falas abaixo, notamos o grande desejo de cuidado e contato com esse paciente; contudo notam-se algumas dificuldades, sobretudo no que diz respeito ao controle da dor. Vejamos: “Acho que estar nessa situação que não tem como você se colocar, se envolvendo, agora eu acho que a pior sensação é você *não poder tirar a dor*

do paciente, como muitas vezes acontece, não conseguir tirar mesmo com morfina” (Dra. Panacéia).

Melo (2005) diz que, em relação aos cuidados paliativos com o paciente terminal, disseminou-se pelo mundo uma filosofia sobre o cuidar com dois elementos fundamentais: o controle efetivo da dor e de outros sintomas, presentes na fase avançada das doenças, e o cuidado com as dimensões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e suas famílias.

A Organização Mundial de Saúde definiu cuidados paliativos como “medidas que aumentam a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam uma doença terminal, através da prevenção e do alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento de dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. (Santana, 2009, p. 78)

Figueiredo e Bifulco (2008) dizem que Cuidado Paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida a pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, o que requer identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

O cuidado paliativo (CP) ou paliativismo é mais que um método; é uma filosofia do cuidar, visando prevenir e aliviar o sofrimento humano em muitas de suas dimensões, dando aos pacientes e seus entes queridos a melhor qualidade possível de vida, a despeito do estágio de uma doença, ou da necessidade de outros tratamentos (Costa Filho, Costa, Gutierrez, & Mesquita, 2008).

Quando perguntamos a nossos entrevistados se eles trabalham, conhecem e o que acham sobre os princípios dos cuidados paliativos, foi percebido que a grande

maioria trabalha com tais princípios e os compreendem como papel do oncologista clínico. Vejamos:

Sim. No sentido de *não aumentar sofrimento*, de *não levar o paciente para distanásia*, esse de deixar o paciente *confortável, sem dor, primar por isso*. Acho muito importante, eu acho que chega um ponto que você só tem que cuidar e se a doença é incurável você tem que *paliar sintomas e não trazer mais sofrimento, mais toxicidade*. Eu acho que é fundamental saber parar, *oncologista tem que ter esse discernimento*. (Dra. Hera)

Esse comentário nos mostra que a nossa entrevistada está atenta a paliar sintomas e ao limite que ela possui, de até onde pode investir em seus doentes, de maneira que não proporcione uma obstinação terapêutica que é chamada de distanásia. A observação trazida pela nossa entrevistada tem sido fortemente questionada e discutida pela bioética.

A bioética é um campo de atuação e reflexão frente a perguntas já respondidas, bem como perguntas sem respostas, relacionadas à ética da vida, ou à ética ligada à vida e à morte. Segre e Cohen (2003) definem a bioética como parte da ética, ramo da Filosofia que enfoca as questões referentes à vida humana.

A revolução tecnológica, os desafios de algumas situações, os dilemas ligados à vida e à morte forçaram a ética e a bioética a se aprofundarem em algumas questões, dentre elas a distanásia. Toffoletto et al. (2005) afirmam que o termo distanásia, pouco empregado no meio hospitalar, é definido como morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento. Pode ser empregado como sinônimo de tratamento fútil ou obstinação terapêutica, e retrata a atitude persistente dos profissionais de recuperar o paciente

terminal, podendo causar grande desconforto físico e emocional tanto para o paciente quanto para a família e demais integrantes da equipe multidisciplinar.

Percebe-se a angústia da nossa entrevistada pelo fato de não querer utilizar terapêuticas nocivas e inúteis e proporcionar mais sofrimento ao paciente à família e talvez a si própria. Nota-se uma grande dificuldade na compreensão do limite de até onde investir no paciente; é um limite realmente tênue. E como nos fala Esslinger (2004), há uma questão primordial a ser respondida nas situações de término de vida: quando se deve parar com o uso de medidas extraordinárias ou fúteis.

Dentre tantas questões discutidas pela bioética, destacamos também a questão da sedação. Como nos mostra Girond e Waterkemper (2006), a sedação pode ser definida como indução da diminuição do nível de consciência em pacientes com sintomas severos, intratáveis ou refratários, por intermédio do uso de medicações sedativas com o objetivo primordial de controlá-los. A sedação pode ser classificada ainda como profunda, que é aquela que consiste na diminuição profunda dos níveis de consciência a quaisquer estímulos, com perda dos reflexos de proteção. Logo necessita de um manejo ventilatório adequado, bem como o controle da pressão sanguínea. Os autores destacam ainda que em oncologia o termo sedação é usado como indução deliberada para a indução do sono e de alívio de sintomas físicos ou mentais incontroláveis. Vejamos a fala de uma oncologista que se refere ao uso da sedação:

Você fica assim, *a experiência vai ensinando muitas coisas*, como abordar uma família, um paciente, com essa *questão da sedação do conforto máximo*, então hoje em dia como eu sei que eu tenho algumas coisas a oferecer que podem *ajudar a amenizar*, a *confortar*, então eu fico mais tranqüila em relação a isso não me sinto mais tão desesperada como eu ficava e agora o que é que eu

vou fazer? Né? uma angustia só. Hoje em dia não, quando não tem mais nada o que fazer ainda resta a *dignidade a dar ao doente* seja por *sedação* ou qualquer *outro procedimento até mais radical*.
(Dra. Héstia)

A questão da sedação é polêmica. Será que o paciente e seus familiares são consultados a respeito da mesma? A entrevistada refere a abordagem à família e ao paciente. O profissional é permanentemente confrontado com as indagações evocadas pelo sofrimento, em suas mais diferentes facetas. Muitas vezes, surgem conflitos existenciais e familiares em função do não reconhecimento da necessidade e das razões para tal. Nesse momento, a equipe multiprofissional se encontra diante de uma tarefa árdua. Tal fato pode favorecer transtornos emocionais e éticos nos profissionais envolvidos nesse cuidado. Por isso é importante que eles estejam atentos, unidos, mantenham bons contatos com os pacientes e as famílias, para que haja uma troca de informações e para que sejam passadas as informações corretas.

A eutanásia faz parte dessa polêmica referida acima, já que se trata de uma morte acelerada, decorrente de ações médicas executadas com o objetivo de aliviar o sofrimento de um paciente terminal. O procedimento em questão, quando é realizado sem a permissão do paciente, é chamado de eutanásia involuntária.

Há ainda um outro tipo de procedimento, o suicídio assistido, que também se aproxima do debate sobre a eutanásia. Segundo Oliveira, Siqueira, e Cohen (2006), o suicídio assistido ocorre quando uma pessoa não consegue concretizar sozinha sua intenção de morrer e solicita o auxílio de um outro indivíduo. É um tema relativamente recente, de grande repercussão e que se apresenta atualmente como um dos mais complexos e controversos problemas morais vivenciados por alguns profissionais de saúde.

A diferença entre a eutanásia ativa e o suicídio assistido é que, neste último, a pessoa doente está consciente, manifestando a sua opção pela morte. É apenas assistida na morte; no entanto, todos os atos que acelerarão esse desfecho são por ela realizados.

Como nos fala Pessini (2002), a questão da dor e do sofrimento humano é repleta de interrogações existenciais de difíceis respostas. Exige um cuidado que alie competência tecno-científica e humanismo.

Ainda sobre a questão se os nossos entrevistados conhecem os princípios dos cuidados paliativos e o que acham deles, vejamos as outras respostas trazidas:

Sim, eu acho que todo oncologista, porque faz parte, né? O paciente paliativo, eu acho, que é o paciente que realmente... é onde entra realmente o oncologista. O paciente que tem cura ele faria sem oncologista – há tem que fazer a droga X por tanto tempo, qualquer médico vai lá e prescreve: droga x por 6 meses. É só da uma canetadasinha e acabou e aí vai lá e fica curado. O paciente paliativo não, é aí onde entra toda a formação de um oncologista que é lidar com o paciente paliativo é saber em que momento que o mal estar que a droga provoca vale a pena ainda ser feito é fazer o... ver sempre o custo benefício, balancear as coisas, a droga traz mal estar, a doença traz mal estar, então vou fazer a droga diminuir o mal estar da doença, mas vale a pena ter o mal estar da droga, então eu tenho que balancear isso, em algum momento o benefício da droga pode não compensar o mal estar que ela provoca e aí eu vou trocar o tratamento, eu vou interromper o tratamento, então é aí que entra o oncologista é aí que ele realmente vai exercer o grande papel dele, fazendo o tratamento paliativo. (Dr. Hermes)

Com certeza, eu acho, veja bem, *a palição é um de nossos tratamentos*, então, todo câncer quando ele é metastático ele é *incurável*, então o *tratamento é paliativo*. Então o êxito da palição é que vai dizer o tempo que o paciente vai viver, né? Então a resposta a esse tratamento seja por medicamento, ou seja por remédio pra passar a dor, tal, mas é essencial para a oncologia. *Todo o oncologista tem que se ligar nos tratamentos paliativos*, respeito por isso, não é? (Dr. Apolo)

Trabalho, com certeza. Eu acho assim, *eu acho que a gente deveria ter essa formação*, que também na residência, *algumas residências não tem, entendeu? Não tem uma disciplina de cuidados paliativos*, que deveria ter. *Eu acho que é fundamental dentro da oncologia, né?* Mas eu acho super importante, acho que todo oncologista deveria levar em pratica e *sinto falta também da gente ter esse preparo*, porque praticamente a gente não tem, eu tive uma pequena, assim eu *tive um pouco de visão quando eu fui para o HC4*, lá no INCA, mas aqui a gente não tem, e muitas residências do Brasil não tem...cuidado e suporte aí realmente é um oncologista e um clinico geral ali, então isso é muito difícil. (Dra. Atenas)

Não. Eu *não faço cuidados paliativos específicos, e faço, porque meu paciente termina na minha mão*, sempre na minha mão. Raramente ele sai da nossa mão e vai para um médico de dor e tá só lá, né? Raramente. Eles terminam com a gente, então eu acabo acompanhando esse paciente

até o final. Quando se precisa, se pede ajuda a outros profissionais, né? Da psicologia principalmente a gente recorre a outros profissionais, na grande parte eles terminam na mão da gente, termina fazendo cuidados paliativos. *Importante*, muito importante. Pena que a gente não tenha assim, tipo assim: uma unidade só pra cuidados paliativos na cidade ou no hospital onde a gente trabalha, não tem. Isso daí deveria ser a primeira coisa a você ter em mãos, pra lançar mão disso daí na hora que o paciente vira um paciente metastático, um paciente terminal, nós não temos aqui um específico. Como tem um centro de reabilitação para paciente que não anda, que vai pra ali, um centro de reabilitação para paciente que não enxerga, pra paciente alcoólatra. *Você não tem isso pra paciente terminal, para cuidados paliativos, era importante que tivesse*. Então os princípios paliativos pra mim é muito importante, eu diria que indispensável, mas termina que nos mesmos médicos e assistentes fazer esse tipo de cuidado, quer dizer a gente faz o controle do paciente que não tem doença, a gente faz o paciente operado que depois vira controle, a gente faz tratamento de doença avançada, a gente cuida dos que estão morrendo. *Na verdade se tivesse uma especialidade que só cuidasse daquele paciente só fizesse aquilo, eu acho que era melhor, por outro lado, eu acho nada a ver, porque eu cuidei de um paciente, tratei 10 anos e ele vai morrer na mão de outro médico?* (Dra. Afrodite)

O que se destaca nitidamente é que todos os entrevistados trabalham com os Cuidados Paliativos. Uma delas diz que não trabalha; contudo, ao longo de seu discurso, percebe-se que ela cuida do seu doente até o final. De forma coerente, defende os princípios dos cuidados paliativos. Ressalta-se assim a dificuldade da profissional de

compreender o que são os Cuidados Paliativos. O fato de o paciente receber tais cuidados, o fato de entrar em cena um especialista em paliativismo não iria fazer com que fosse cortado o vínculo dela com o seu paciente. Ela poderia continuar participando do acompanhamento desse, ainda oferecendo-lhe os cuidados.

Santos (2009) diz que a definição de cuidados paliativos é muito mais que tratar sintomas. Mesmo o mais comum deles, que seria a dor. A ênfase do conceito é dirigida à qualidade de vida, prevenção e alívio do sofrimento, seja esse físico, psicossocial, ou espiritual. Contudo o que se observa é um despreparo técnico, psicológico e espiritual dos profissionais da área da saúde em compreender as necessidades existenciais e espirituais dos pacientes e seus familiares. E como ainda refere o autor, achar e trabalhar como se os sofrimentos físicos fossem mais freqüentes e relevantes que os outros aspectos é perpetuar uma visão mecanicista, positivista e biológica do ser humano que, por sinal, é majoritária e ditatorial dentro da área das ciências da vida.

Outra entrevistada refere uma carência de estudos sobre Cuidados Paliativos na formação de oncologia. Diz que sente falta e que viu muito pouco em sua residência médica. Observa-se que há ainda uma cultura a ser solidificada mesmo no meio profissional a respeito dos cuidados paliativos. Muitos ainda não compreendem bem seus princípios, ou seja, a prática dos cuidados paliativos é ainda pouco difundida na formação e no meio médico. Assenta-se nos princípios de afirmar a vida e encarar a morte como um processo natural, considerando que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser técnica e humanamente apoiadas.

No entanto, Menezes (2004) nos diz que, atualmente, há inúmeras associações profissionais voltadas à pesquisa, ensino e divulgação da disciplina dos CP. Dentre as pioneiras, a *International Association for Hospice and Palliative Care*, que reúne organizações em praticamente todos os países, a partir de associações regionais nos

diversos continentes. Aqui no Brasil, temos também dois importantes grupos de cuidados paliativos: a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) e a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), associações que visam implantar e promover os cuidados paliativos em doenças crônico-evolutivas durante a fase de progressão e a terminalidade, através da formação de profissionais de saúde, promovendo a assistência e o desenvolvimento de pesquisas científicas.

É importante ressaltar ainda que, a cada dia, surgem questões e conceitos mais atualizados no tratamento do câncer, na Oncologia Clínica (quimioterapia, radioterapia, biologia molecular, terapias ligadas as células tronco, entre outras), na Psico-oncologia (assistência a paciente, família e equipe, nas questões ligadas ao luto, tanatologia, bioética e cuidados paliativos) e nos cuidados paliativos (bioética, dignidade no morrer, entre outros). Observam-se em todas essas vertentes de estudos, as pesquisas e a busca por conhecimentos teóricos e técnicos aprofundados que possam fazer diferenças significativas na vidas dos pacientes oncológicos e suas famílias.

Fica claro que, ao longo do tempo, buscaram-se todos esses avanços no que diz respeito a oncologia de forma geral. Contudo percebe-se, como comentamos anteriormente, ainda dificuldades a serem sanadas, a fim de prestar um atendimento de melhor qualidade ao paciente oncológico. Sabemos também que questões remediadas significam novas questões pendentes a serem esclarecidas.

À medida que a doença progride e o tratamento curativo perde o poder de oferecer um controle razoável da mesma, os Cuidados Paliativos crescem em significado, surgindo como uma necessidade absoluta na fase em que a incurabilidade se torna uma realidade. Há necessidade da intervenção de uma equipe de profissionais adequadamente treinada e experiente no controle de sintomas de natureza não apenas biológica, excelente

comunicação, para que paciente e seu entorno afetivo entendam o processo evolutivo que atravessam, e conhecimento da história natural da doença em curso, para que se possa atuar de forma a proporcionar não apenas o alívio, mas a prevenção de um sintoma ou situação de crise. (Maciel, 2008, p. 17)

Essa modalidade terapêutica busca evitar que os últimos dias de vida se convertam em dias perdidos, oferecendo um tipo de cuidado apropriado às necessidades do doente. Apesar de ser descrita como de baixa tecnologia e alto contato, ela não se opõe à tecnologia da medicina tradicional. (Sales, 2008, p. 175)

Cabe deixar clara qual a definição de cuidado que estamos tomando. Advogamos aqui um cuidado para além do instrumental, do alívio de sintomas, numa postura frente à vida que foque nas ações e atuações em saúde, preocupadas e dirigidas para o sentido existencial.

Entendemos que realizar cuidados paliativos está dentro da mesma perspectiva na qual ancoramos nossa compreensão sobre cuidar, sobre o cuidado, ou seja, adotamos neste estudo a categoria cuidado como: “designação de uma atenção à saúde, imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (Ayres, 2004a, p. 20). Corroboramos com Silva (2006) quando ela completa a conceituação, incluindo também acompanhamento no processo de morte.

O termo cuidado deriva-se da palavra inglesa “carion” e das palavras góticas “kara ou carion”. Como substantivo, significa aflição, pesar ou tristeza. Como verbo, quer dizer “ter preocupação por”, sentir uma

inclinação ou preferência, respeitar, considerar, apresentando o sentido de ligação de afeto, amor, carinho e simpatia. (Kovács, 2008, p. 95)

Etimologicamente, do Latim “cuidado” deriva de “cura”, termo mais erudito. “Cura” se escrevia *coera* e era utilizada num contexto de amor e amizade, expressando atitude de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou objeto de estimação. (Silva, 2006, p. 45)

Jackson et al. (2008) falam sobre as emoções dos oncologistas quando em contato com pacientes terminais; referem a perda do relacionamento com o paciente, bem como a preparação da família para a despedida como algo perturbador.

Esse profissional se vincula aos seus doentes e normalmente passa longos períodos de tempo acompanhando-os. Há pacientes que estão com o oncologista há mais tempo, quando se construiu um vínculo excelente. Outros estão há muito tempo também, mas não conseguiram se identificar de maneira tão intensa. Alguns estão há pouquíssimo tempo, mas já houve uma interação especial que, de repente, proporcionou ao oncologista alguma identificação com algo da sua história pessoal e assim sucessivamente. Nota-se ainda que, na hora em que se perde um paciente, seja aquela morte abrupta ou não, seja o que reagia bem ao tratamento e a quem se tinha vínculo, como outro de menos ligação, vêm muitos sentimentos difíceis, como angústia e revolta, ou seja, percebe-se que eles são acometidos por um grande impacto emocional e uma grande dor, e que isso traz implicações para a saúde física e psicológica do médico. Vejamos o que é trazido nesse sentido pelos nossos entrevistados após a morte de seus pacientes:

Tem uma *morte já esperada, mas de pacientes*, que de uma forma ou de outra você *se apegou muito* a eles que eram *pacientes especiais*, que eram pacientes de *famílias especiais*, que era paciente que *estavam com você há muito tempo*, pacientes gentis, dóceis, sabe? Sensíveis, que você cria um *vínculo mais do que profissional*, você tem aquela pessoa no coração como se fosse um *familiar*, como se fosse um *amigo*. Quando você perde mesmo sabendo que ele ia morrer, que deveria morrer pra sair daquele sofrimento, eu sofro. É tanto que eu já fui a alguns velórios de pacientes meus, já vi alguns velórios de pessoas realmente queridas que eu *sofri junto com a família*. (Dra. Afrodite)

Você sente um pouco triste, você conviveu com aquela pessoa, você cria um *vínculo* então Poxa! Mas ao mesmo tempo é aquela coisa como eu estou dizendo que eu sei que vai acontecer, principalmente quando você começa a ver que *aquele paciente tá muito debilitado tá próximo*, você de certa forma vai *se preparando* pode ser a qualquer momento, só teve *dois que mexeram muito comigo* até pela parte familiar que eu me envolvi muito, então realmente mexia comigo, eu *sonhava a noite, chorava*, entendeu? Em casa, *passei um mês assim e pouco sofrendo* e foram situações muito drásticas, muito bruscas, sabe? Pessoas novas e que... mas no mais é tranquilo para mim essa questão porque eu tenho a consciência de que eu fiz o que eu podia, ele também lutou o que ele podia...chegou o momento, sabe? (Dra. Atenas)

Eu fico *muito triste*, peço muito por eles, preparo muitas vezes eles para esse momento, né? Digo que isso! É *uma coisa que acontece com qualquer pessoa* e que vai acontecer com todos nós. (Dr. Apolo)

Na relação oncologista-paciente, um vínculo ou uma aliança terapêutica vai sendo construída, em função da brevidade dos encontros, da sensibilidade e abertura do profissional frente as expressões de desconforto e ansiedade do paciente, que fazem com que ambos consigam desenvolver uma relação interpessoal satisfatória.

Bowlby (2002) diz que o padrão de apego de um indivíduo e a maneira pela qual ele se vincula é particular e depende do padrão dos laços afetivos estabelecidos pelo mesmo ao longo da vida. Busca ainda compreender a forte reação emocional que ocorre quando esses laços são ameaçados ou rompidos. Se o objetivo do comportamento de apego é manter um laço afetivo, situações que colocam em perigo esse laço dão origem a reações específicas e que o luto é a resposta genérica à separação.

O luto é um processo normal e esperado da elaboração de qualquer perda, e é importante para a saúde mental na medida em que proporciona reconstrução de recursos e adaptação as mudanças. Seu enfrentamento possibilita também, que conquistemos a confiança de sermos capazes de superar as demais perdas. (Casellato, 2005, p. 20)

Percebemos nas entrevistas o sofrimento das oncologistas frente aos processos de morte do paciente, mesmo quando sabem que a mesma se aproxima. A tristeza acontece pelo fato de ter-se construído um vínculo com o paciente; pelo fato de uma ligação mais forte do que uma relação profissional que foram rompidas. Sendo assim, o profissional de saúde se enluta pela perda do paciente? Como comentamos anteriormente, a nossa sociedade não permite a reação de certas emoções, inclusive a do médico para com o seu paciente. É como se tal profissional conseguisse fazer uma

assepsia dos seus sentimentos. E será que isso é possível? E conforme questiona Nogueira da Silva (2010), como trabalhar com a morte sem nos envolver? Será que precisamos fugir, fingir, distanciarmo-nos para poder enfrentar a morte de um paciente?

O luto do profissional de saúde é enquadrado num luto não reconhecido socialmente. Doka (2002) refere que qualquer sociedade possui um conjunto de normas, ou ainda regras de luto que estão a serviço de especificar quem, quando, onde, como, por quanto tempo devemos expressar os nossos sentimentos de luto.

Parkes (1998) diz que os profissionais vivem um processo de luto que não é reconhecido socialmente. Contudo é importante que se entenda que, quando não há a possibilidade da expressão das emoções relacionadas ao luto não validado, tais emoções ficam reprimidas ou ignoradas, acarretando desgastes nos âmbitos físico e emocional.

Fica claro, então, que as inúmeras mortes vivenciadas fazem com que o enfrentamento do cotidiano de trabalho seja ainda mais árduo para o oncologista. Pode-se perceber que é difícil para o mesmo estar frente situações que geram grandes sofrimentos.

É válido destacar que, mesmo antes da morte propriamente dita ocorrer, apelos são feitos aos oncologistas pelos familiares e pacientes e assim esses se percebem num local desconfortável. Os pacientes desejam antes de tudo serem aliviados, como se sempre houvesse algo a mais que esse profissional pudesse fazer. Isso pode fortalecer ainda mais a crença da produção de milagres por parte do profissional, o que o coloca numa situação incomoda, e faz com que, muitas vezes, os oncologistas se esforcem na busca de tratamentos e intervenções a mais, mesmo quando sabem que não há garantias de eficácia. Ou seja, são tentativas adicionais na terapia de salvamento, mas é importante ressaltar que, em muitos casos, os profissionais se voltam para os incômodos e sofridos esclarecimentos aos pacientes, que migrarão para um tratamento paliativo.

É importante que estejam atentos à potência que existe no cuidar até o fim, no valor desse cuidado para o paciente e familiares e que são revertidos para si mesmos, em sentimentos de realização e gratificação. Ou seja, a vivência dos sentimentos que surgem diante do desejo e do cumprimento do que acham correto, do que concebem como seu papel de conseguir realizar aquilo que concebem, querem e podem fazer: cuidar até o fim, já que não foi possível curar.

Como aponta Santana (2009), a produção do cuidado traz consigo a proposta de humanização do processo de desenvolver ações e serviços de saúde. É o cuidar do outro sem perder de vista o fato de que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Portanto é dever do profissional de saúde respeitar as características inerentes a qualquer indivíduo. Preocupar-se com os aspectos psicológicos, sociais e espirituais do doente e família é, acima de tudo, agir em prol da melhoria da qualidade de vida dos mesmos. E quando os profissionais já tiverem adotando essas posturas, talvez não percebam que ainda não estão realmente capacitados para acompanhar e suportar a dor da angústia e resgatar a vida num contexto de morte iminente. Isso será possível quando o profissional encarar a morte como um processo natural, procurando o bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até o fim, considerando também a sua própria vida.

É oportuno ainda trazer para a reflexão que, ao falarmos em cuidar até o fim do paciente, é preciso levar em conta que, diante das muitas dificuldades que precisam ser enfrentadas pelos oncologistas, diante dos desafios em torno da terminalidade, temos o invisível processo de luto que, às vezes, é vivenciado de uma maneira em que não há espaço para terem suas dores acolhidas e cuidadas.

7.4. O cuidado com a dor do cuidador

O cuidado é inerente à vida, sendo necessário e fundamental a toda e qualquer relação nela estabelecida. Waldow, Lopes, e Meyer (1998) argumenta que o cuidar envolve verdadeiramente uma ação interativa. Essa ação e comportamento estão centrados nos valores e conhecimentos do ser que cuida para o ser que é cuidado, e que passa também a ser cuidador, quando possível.

Boff (1999) diz que, sem o cuidado recebido ou doado, o homem deixa de experimentar sua humanidade e, se buscar construir sua vida em isolamento, verá que estará fadado ao fracasso absoluto, pois existe realísticamente tamanha interdependência entre todos. Menosprezá-lo levaria à perda do sentido da vida.

O cuidado é algo que deve ser entendido além de um simples ato, por consolidar uma atitude revestida de significância e significado. Ayres (2004) ensina que, ao se abordar o cuidado em saúde, logo se imputa ao termo uma acepção já consolidada no senso comum, que seria de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um tratamento. No entanto, não é nem no sentido de uma reunião de recursos e medidas terapêuticas, nem naquele dos procedimentos auxiliares que permitem efetivar a aplicação de uma terapêutica, que ele define como o Cuidado. Ao se remeter a essa questão, o autor coloca:

Trata-se do cuidado como um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade. (Ayres, 2004b, p. 74)

Acatando tal definição, ressaltamos que um bom cuidador precisa ter suas dores cuidadas. Para o cuidador oncologista, muitas dores permeiam seu cotidiano, como: a de não salvar/ a dor de não curar; a dor proporcionada pela recidiva do paciente; a dor no momento de dar más notícias; das dificuldades em, às vezes, não conseguir estar perto do paciente que está na iminência da morte; da solidão do sentir, entre outras.

Como já percebemos nos comentários dos oncologistas entrevistados, é grande o desgaste emocional decorrente da atuação profissional cotidiana. E verificamos ainda que alguns buscam conversar, compartilhar com familiares e colegas as situações difíceis vividas na clínica diária, enquanto outros se fecham, isolam-se e tentam elaborar sozinhos as suas dores. Descartam a possibilidade de buscar a ajuda de um colega; mais descartada ainda está a possibilidade de procurar uma ajuda profissional, isso não faria parte dos seus anseios. “Sinto *tristeza*. Não, *normalmente não converso*, normalmente *não faço nada, continuo trabalhando* e digo não, *isso faz parte da profissão* vamos lá, *tento comigo mesma resolver*” (Dra. Artêmis); “*Muita gente vai ao psicólogo mesmo*. Tem uma colega nossa que está fazendo tratamento de choque. Está fazendo terapia mesmo!” (Dra. Afrodite).

Tal fato faz com que eles se coloquem num lugar difícil, de bastante sofrimento. Pode ser muito complicado permanecer com tantas dores guardadas. Afinal, para onde mandam tantos sentimentos difíceis? Que destino darão a essas dores? Cabe ressaltar que, de forma geral, os profissionais da área de saúde possuem dificuldades para cuidarem de si mesmos. Quando se fala em cuidado, fica logo subtendido o cuidado dirigido ao paciente e sua família; nunca a eles próprios. A rotina diária é seguida e, muitas vezes, eles nem identificam suas necessidades. Tal constatação raramente é feita. Contudo, quando o estresse já se encontra num nível bastante elevado, tendo trazido

consigo alguns acometimentos físicos, há um pequeno espaço para considerações e reflexões a respeito da propensão a vulnerabilidades emocionais e aos próprios limites.

São muitos sentimentos ambivalentes, muitas dificuldades inerentes aos vínculos com seus pacientes, em função das crenças, convicções, afetos, incertezas, o que gera consequentemente fortes emoções. E novamente vos digo: não há cuidado para o profissional frente a tudo isso. Pode-se afirmar que o descaso com o cuidado é fruto da nossa cultura, do pensamento da nossa sociedade, da idéia de que o médico não é afetado pelas dores advindas do seu trabalho.

Remen (1993) nos fala que a repressão da emoção pode ser um dos principais provocadores de esgotamento psicológico e que parte da fadiga é atribuída à natureza do trabalho e ao empenho em negar constantemente as emoções.

Outros autores, como Marta et al. (2009); Sadala e Silva (2008), enfatizam a necessidade de cuidado do sofrimento desses profissionais, já que identificam um alto índice de uso de álcool, bem como o uso de psicotrópicos para aliviar suas dores.

Cada profissional vai referir o que é mais difícil para si quando está cara-a-cara com a morte de um dos seus pacientes. Para alguns é o contato com as dúvidas do paciente; para outros, o contato com a família e assim sucessivamente.

Benoliel (citado por Kovács, 2008), em um estudo que objetivava verificar como os profissionais de saúde lidam com a morte, constatou que, entre suas principais dificuldades, está falar com o paciente sobre o agravamento da doença e a possibilidade de morte, como aponta também a oncologista entrevistada, e podemos observar abaixo:

Dizer que a doença progrediu ou que a doença recaiu, essas situações são difíceis de falar para o paciente, é difícil, é verdade. Tem que respirar fundo e *encontrar palavras pra dizer*, de forma que naquele momento

não cause tanto sofrimento, *nós não aprendemos isso na faculdade e sim no dia-a dia.* (Dra. Héstia)

A entrevistada ressalta a falta de um treinamento em habilidades comunicacionais em sua graduação. Não encontramos nos comentários dos nossos entrevistados, nem nos com menos tempo de formação (2 anos), nem nos mais antigos (22 anos), a participação em atividades voltadas para as habilidades de comunicação entre médico- paciente durante a graduação.

Os estudantes não são treinados a se comunicarem de maneira eficaz, ou seja, comunicarem envolvendo-se com o paciente de maneira equilibrada, o que, por vezes, significa conseguirem acessar a dor do paciente sem sucumbirem frente a ela. E assim, os profissionais entrevistados reclamam por processos de educação que os preparem para lidar com a terminalidade e a morte, já que essas estão presentes de fato no seu cotidiano de trabalho.

Em todo caso, é importante ressaltar que atualmente os currículos de alguns cursos de medicina já incluem as habilidades de comunicação, inclusive no que diz respeito a comunicar más notícias.

A Comissão Nacional de Residência Médica (2004) deliberou que nos processos seletivos para residência médica deveria haver uma prova prática, enfatizando que as habilidades e comportamentos constituem elementos essenciais ao candidato. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Ministério da Educação, 2001) ressaltam a necessidade de algumas habilidades específicas. Dentre elas, destacam a necessidade de o aluno aprender a comunicar-se adequadamente. Contudo é importante notar, como nos mostram Rossi & Batista (2003), que no nosso país ainda há uma grande carência de literatura específica sobre ensino/aprendizagem de "comunicação" nos cursos de graduação em medicina.

Sendo assim, em função dessa carência, alguns pesquisadores têm - se imbuído em estudar tal assunto. Destaca-se entre eles o trabalho de Leite, Caprara, e Coelho Filho (2007) sobre habilidades de comunicação com pacientes e famílias. Encontram-se também muitos trabalhos sobre o tema na literatura internacional.

Grossemann e Patrício (2004) também se referem a tal fato, dizendo que nas últimas décadas a relação médico-paciente vem ganhando cada vez mais espaço na literatura internacional e que pouco tem avançado no que se refere à inserção desse tema na formação do médico no Brasil.

No entanto, encontramos controvérsias a esse respeito, como nos revela Cerqueira (2009), sobre constantes movimentos, encontros e publicações que têm buscado enfatizar a necessidade de aprimoramento das habilidades comunicacionais, entre vários outros aspectos, para se avançar em direção à melhor qualidade dos serviços de saúde. Nos últimos anos, os estudos sobre relação médico-paciente têm avançado bastante, não a passos largos, como na literatura internacional, mas é um tema crescente.

Moral (2009), estudioso sobre a relação médico-paciente, atenta para os desafios da formação de profissionais de saúde e para uma comunicação efetiva entre o médico e seu paciente, colocando em pauta esse tema fundamental para a prática clínica, e chamando atenção para os aspectos referentes à inserção dessa temática na educação médica.

É marcante para a formação médica o grande desafio no que diz respeito ao contato do estudante de medicina com o seu paciente frente à morte. Atender, acompanhar e conviver com os doentes na proximidade da morte desencadeia nos estudantes muitos desejos de cuidar, bem como inseguranças, que serão levados para a vida profissional. O olhar dado nos cursos de graduação é advindo da medicina

tecnocientífica, que traz benefícios atentando para as eficientes técnicas de manutenção da vida humana, mas também desvaloriza a relação médico-paciente, expulsa os sentimentos e a subjetividade inerentes a sua prática. E como ser médico sem lidar com tais conteúdos subjetivos e simbólicos? O que se percebe é que, diante de situações específicas nesse contato com o paciente, bem como, ante essa falta de orientação para o aspecto humano-relacional, o estudante se sente falho, decepcionado e desiludido. E tal fato se estende para a vida profissional, pois percebemos tais angústias nos relatos dos nossos oncologistas entrevistados.

Pesquisas como as de Falcão e Lino (2004), Silva (2006) e Viana e Piccelli (1998) preocupam-se em investigar como a morte é contemplada na formação médica, e quais são as reações dos médicos no exercício de suas profissões, quando estão em contato com pacientes terminais, e a relação das mesmas com seus processos de formação.

Processos educacionais adequados possibilitam a profilaxia de dificuldades emocionais dos estudantes e médicos, pelo fato de permitirem a expressão da subjetividade, cuidando, assim, da dor dos cuidadores. É claro que, mesmo quando se tem na formação esse cuidado, não se exclui a profilaxia do cotidiano, aquela atenção contínua dirigida as dores inerentes ao exercício profissional.

Ensinar estudantes de medicina a se prepararem para lidar com a morte é um grande desafio para os educadores. Contudo destaca-se também a necessidade, em relação ao médicos que estão formados e atuando, da busca espontânea por uma educação permanente; ou seja, da busca por atualizações, reflexões, como também por um trabalho psicoterapêutico, para que possam lidar com as emoções advindas das agruras do cotidiano.

Cerqueira (2009) refere que, na última década, e em especial a partir do ano 2000, temos assistido à crescente preocupação em humanizar o atendimento à saúde. Têm sido desenvolvidos, desde programas específicos e pontuais, até a Política Nacional de Humanização, todos se propondo a melhorar a qualidade do cuidado oferecido aos usuários e trabalhadores do sistema de saúde.

O debate em torno do trabalho em saúde tem-se mostrado essencial para compreender a organização da assistência à saúde, e fundamentalmente, sua potência transformadora. Atualmente tem havido grandes discussões a respeito da educação permanente, que é meta do Ministério da Saúde. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é compreendida como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde.

Ricaldoni e Sena (2006) compreendem que a educação permanente é uma estratégia para que o indivíduo tenha maior capacitação e maior possibilidade de construir-se dentro do mundo do trabalho como sujeito que constrói e desconstrói, em um movimento dinâmico e complexo mediado, por valores políticos, culturais e éticos.

Como percebemos, o contato com a temática das habilidades comunicacionais entre médico e paciente vem-se desenvolvendo, mas ainda é restrito, sobretudo se tal comunicação se dá com um paciente próximo da morte ou com seus familiares. Portanto é urgente que tal demanda possa ser acolhida pelos processos de educação permanente.

Nogueira da Silva e Ayres (2009) afirmam que as práticas de ensino-aprendizagem, no que diz respeito ao lidar com o paciente frente à morte, são poucas, tanto em relação à estrutura do curso, que muitas vezes não possibilita contato com os pacientes desde o início, apresentando dificuldades de promover um treinamento de

habilidades nesse sentido, quanto pelas questões culturais de negação da morte, que caracterizam o homem ocidental ainda neste século.

Na mesma direção, os estudantes têm referido que suas graduações são inadequadas no que diz respeito ao treinamento para os cuidados com os que estão morrendo (Nelson, 2000); eles esperam, por meio de sua formação, conseguir ajudar aqueles que solicitem sua intervenção (Quintana et al., 2006). Contudo a prática num hospital de ensino logo os remete a uma realidade que frustra essas expectativas. Em muitos casos, em que não há possibilidades de reversão do quadro clínico, em função do estágio avançado da patologia do seu paciente, esses se vêem de repente na iminência de perdê-lo, sem preparo nenhum para lidar com tal fato.

Nogueira da Silva e Ayres (2009) ainda mostram que o primeiro contato do estudante de medicina com a morte acontece de uma maneira desprovida de subjetividade. É um encontro com uma morte “morta”, sem alma, diferentemente desse momento quando encontram o paciente moribundo e a gama de sentimentos que o circunda. Eles não se sentem instrumentalizados para atender às necessidades de tais pacientes, tanto por questões de falta de habilidades pessoais, como de capacitação técnica propriamente dita. Como mostram as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, homologadas pelo Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior / Resolução CNE/CES nº4, de 7 de novembro de 2001, oficializaram o acompanhamento do processo de morte como uma habilidade a ser desenvolvida no ensino médico.

Necessita-se, de maneira urgente, da aplicação dessas diretrizes, pois declaram Lima e Buys (2008) que há uma distorção curricular; que só se privilegiam os aspectos biológicos do homem, faltando assim apoio psicológico, informação e formação, o que gera profissionais de saúde não preparados para lidarem com a problemática da morte

em sua prática diária. Tal fato também aparece no relato de uma de nossas entrevistadas. Vejamos: “Eu acho que justamente a *dificuldade* é mais da parte *emocional*, que a gente *tem pouco preparo psicológico* na nossa formação também, *eu gostaria de ter mais, para poder dar mais*” (Dra. Atenas).

O comentário dessa oncologista revela a necessidade do cuidado com o cuidador, com a necessidade desse cuidado desde a formação em medicina.

De Marco (1999) fala que o estudante de medicina está diante de um turbilhão de novas obrigações; do contato com o doente e seu sofrimento, e espera-se que o aluno de medicina possa ter um espaço para viver e refletir acerca do seu sofrimento. Acrescenta ainda que há um atendimento incessante a pacientes e que, quando tais atendimentos são realizados de forma atropelada, diante de tanto sofrimento, ou seja, quando não existe espaço para reflexão, ele é compreensível se não houver paixão pelo trabalho nascente, pois já nasce cheio de defeitos e com expectativas frustradas. Para esse autor, a realização de grupos Balint consiste em um importante instrumento para que o aluno desenvolva recursos eficazes para a atividade do exercício profissional.

Os Grupos Balint foram criados pelo psicanalista inglês Michael Balint que, nos anos 1950-60, desenvolveu um importante trabalho junto a médicos, utilizando uma técnica grupal que consistia, basicamente, em discutir a dinâmica das relações humanas contidas no bojo das situações clínicas trazidas pelos médicos participantes do grupo, na medida em que os mesmos experimentavam e reconheciam em si próprios os dinamismos inconscientes inerentes a todos os indivíduos e grupos.

Salinsk (2008) fala que o método Balint consiste na participação em reuniões regulares de discussão em grupo, sob a orientação de um profissional qualificado para tal. É um grupo formado principalmente por um pequeno número de médicos que estão interessados em melhorar as relações interpessoais com os seus pacientes. O objetivo seria

revelar e expressar os seus sentimentos que foram inconscientemente escondidos na relação com o doente, em função de razões meramente subjetivas, e que vão interferir na abordagem do médico com o seu paciente. Dessa forma, coloca em risco não só aspectos psicológicos do paciente, mas aspectos que podem igualmente afetar ou confundir o médico, quando observa e realiza os procedimentos corretos para o diagnóstico e consequente tratamento.

Outra forma de trabalho em grupo seriam as rodas de conversa, que consistem num método de participação coletiva de debates acerca de uma determinada temática, através da criação de espaços de diálogo, nos quais os sujeitos podem expressar-se e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos.

Rios (2007) mostra vários estudos apontando para a necessidade de se criarem dispositivos institucionais para o cuidado com profissional de saúde. Tal cuidado começaria pela criação de espaços de fala e escuta, nos quais a palavra circula, provoca descobertas, faz o conhecimento e tece sentidos para a vida e o trabalho. Os profissionais da área da saúde têm demonstrado ser uma população particularmente susceptível ao sofrimento psíquico e ao estresse, devidos ao trabalho.

Silva (2006) também reforça a necessidade da assistência psicológica ao estudante de medicina, pelo fato de, muitas vezes, esse estudante não conseguir elaborar conflitos desencadeados pela própria graduação em medicina. Refere o acompanhamento psicopedagógico e a assistência psicológica como parte de um programa de atenção primária à saúde dos estudantes.

Ao abordar esse assunto, Millan (1999) constatou que esse tipo de assistência é encontrado desde a década de 1950, contudo poucos serviços conseguiram dar continuidade ao trabalho.

Portanto a falta de assistência psicológica seria um dos pontos que comprometem a saúde mental dos estudantes e profissionais. A natureza estressante do

exercício profissional e da formação médica tem sido habitualmente apontada como fator responsável ou desencadeante de distúrbios emocionais em médicos.

Lima, Domingues, e Cerqueira (2006) mostram que a quantidade de trabalhos sobre saúde mental dos profissionais de saúde, principalmente dos médicos, vem aumentando na literatura científica. Relata que o estresse na formação e na prática médica seria um possível fator etiológico na gênese dos problemas de saúde mental.

Se o estudante não é treinado nem cuidado adequadamente; se, na graduação, essa temática que envolve os aspectos subjetivos dos profissionais e dos pacientes não é contemplada, fica mais difícil para o médico, quando se depara com essa problemática no seu cotidiano de trabalho, especialmente diante da morte. Seria fundamental que as universidades mostrassem a importância de pormenores, tanto relativos a aspectos ligados ao paciente, quanto à equipe de saúde, que fazem parte da prática profissional; como por exemplo, o trabalho multi, inter e transdisciplinar, que também fica a desejar.

Como refere Souza (2001), a formação médica, lugar de transmissão do saber e lugar privilegiado de reprodução da prática médica, passa, além da aquisição de conteúdos e habilidades técnicas, pela apreensão do cenário social onde se desenrola a prática assistencial institucionalizada e pela busca de uma identificação do aluno com o seu professor. É sobretudo nas atividades práticas em ambulatórios e enfermarias, sob responsabilidade das várias disciplinas clínicas e cirúrgicas, que o aluno, de maneira implícita e sem qualquer clareza de consciência, vai construindo sua identidade profissional no que concerne aos valores sociais de uma prática com suas implicações no modo de vivenciá-la e realizá-la. O olhar e a escuta curiosa e inquieta de tão jovens estudantes é uma busca obstinada de aquisição de conhecimento e habilidades técnicas. Contudo nem sempre os professores têm disposição e preparo para passar o conhecimento de forma atualizada, passando muitas vezes teorias obsoletas.

O jovem médico, muitas vezes, anseia por modelos, ou seja, profissionais que possam inspirar a sua atuação; e como refere Ramos-Cerqueira e Lima (2002), o embate que se dá entre a idealização do papel do médico e da realidade da formação profissional não é tranquilo, sendo vivido com diferentes graus de sofrimento emocional. A entrevistada abaixo se questiona sobre sua atuação, demonstra ter recebido uma formação de conduta médica bem centralizadora. E assim, convivendo com a possibilidade de mudança de sua prática a partir da prática, “de cair na real”. Portanto o possível aprendizado com essas trocas. Vejamos:

Mas acho que *o dia a dia vai me ensinando a melhorar*. Com os outros profissionais não médicos que fazem parte, psicólogos nutricionistas... que você inicialmente talvez até tenha um modelo de faculdade que a gente tenha ou tem, que não valoriza muito a equipe multidisciplinar, diz que valoriza, mas na pratica não. Pelo menos pro *medico é ensinado que medico é melhor, que medico é quem manda e ponto. Isso pelo menos é a idéia embutida*, pode não ser declarada, mas é embutida...então você sai de lá querendo ou não mais ou menos com essa idéia, você pode até discordar, mas *você teve uma formação para isso e aí quando você cai na vida real e que a pratica lhe ensina que não é assim que você não domina esse conhecimento que você tem pessoas maravilhosas ao seu redor, que fazem a coisa melhorar, inclusive o seu trabalho*, aí você consegue ver, você consegue começar a aprender que você precisa mais do que todo mundo daquelas pessoas e você... *isso também vai lhe ensinando a ser um profissional melhor então você sai da faculdade, da residência de um jeito, e quando começa a trabalhar a cada ano a gente vai melhorando, mudando*. (Dra. Artêmis)

Stoll e Grosseman (2008), numa pesquisa com estudantes de medicina numa universidade do sul do Brasil, identificaram que os estudantes entrevistados aprimoram as suas relações com o paciente no contato diário, e desejam mais treinamentos através de cursos e disciplinas que enfatizem situações específicas.

Nessa mesma direção, comenta a entrevistada abaixo que refere à importância do contato com cada paciente, aprendizado adquirido e aperfeiçoamento, que acontece a partir de cada um dos seus encontros interpessoais. Vejamos:

Você aprende como lidar com um paciente, vai lidar com outro, então assim eu acho que é isso, o dia a dia... ele ensina pro oncologista. Não sei outra forma de como a gente buscaria isso, não é uma coisa que tem em livro. (Dra. Artêmis)

Percebemos que os processos de formação do curso de medicina, bem como as residências médicas em oncologia, conforme referido pelos nossos entrevistados, privilegiam a instrumentalização, o técnico-operacional, em detrimento do comunicacional e do desenvolvimento de habilidades para o contato do médico com o paciente terminal. Ou seja, estamos falando da importância do uso e do treinamento nas tecnologias leves, de caráter relacional. Merhy e Franco (2003) dizem que as tecnologias leves são aquelas relacionais no espaço intersubjetivo do profissional de saúde e do paciente.

Martins e Albuquerque (2007) acrescentam que são tecnologias de acesso, acolhimento, produção de vínculo, de encontro e subjetividades.

Verifica-se então a necessidade de uma educação permanente, em que se valorize o humano e a complexidade que envolve o sofrimento dos pacientes e seus familiares. Que tais profissionais possam sentir-se confortáveis no seu cotidiano de trabalho frente ao dilema de cuidar/tratar, saber ser/saber fazer, na saúde, na doença e diante da morte.

Investimentos no ensino médico no que diz respeito aos conteúdos humanísticos, ao desenvolvimento de habilidades que proporcionem um aprendizado para lidar com a dor do outro e com as próprias dores diante do sofrimento e da iminência da morte. Assistência psicológica e educação permanente são algumas das formas possíveis de cuidado com a dor do cuidador médico, seja ele oncologista ou não.

De acordo com Oliveira Jr. (2009), o ato de cuidar, zelar de alguém, só existe quando é vivido, sentido e experienciado, respeitando o outro e a si mesmo como ser humano e profissional; experienciar a morte de quem se cuida traz confrontos para a própria vida, para o próprio processo de saúde- doença e para a própria morte.

Discussões e estudos acerca do significado do cuidado necessitam ser trabalhados durante os processos de formação do profissional, para que o cuidar seja compreendido como um processo que possui uma dimensão primordial e subjetiva, tanto na experiência de quem cuida, como na de quem é cuidado. O fato é que o entrave se dá em função da visão de uma medicina tecnocientífica que impera ainda hoje nos cursos de medicina brasileiros. Contudo muito se tem avançado. A Política Nacional de Humanização tem trazido valiosas contribuições para a assistência à saúde do nosso País.

Santos-Filho (2007) nos mostra a existência de estudos recentes, epidemiológicos e qualitativos, abarcando políticas públicas complexas, como as de Promoção da Saúde, e iniciativas de humanização, que demonstram a pertinência da utilização das diferentes metodologias, conforme já abordamos acima, tanto para o âmbito do cotidiano profissional, como no âmbito da formação.

Guedes, Pitombo, e Barros (2009) revelam que a Política Nacional de Humanização nos processos de formação parte de uma escolha ético-política consonante com suas diretrizes e princípios. Afirmam a impossibilidade de separar a gestão do cuidado/atenção e de produzir saúde, a não ser transversalizando práticas e saberes.

A Humanização seria uma mudança das estruturas, da forma de trabalhar e, conseqüentemente, das pessoas envolvidas direta ou indiretamente na produção do cuidado. A humanização da clínica e da saúde pública depende de uma modificação da tradição médica, reforma que combine a objetivação científica do processo saúde/doença/intervenção com novos modos de cuidado, ou seja, que utilize as tecnologias leves, que incorpore a história do sujeito, em que haja um bom contato profissional-paciente, desde o momento do diagnóstico. O trabalho em saúde é humanizado quando busca combinar a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade da vida para os sujeitos. Contudo não há como realizar toda essa missão sem o cuidado com aquele ser que cuida, com o cuidado ao cuidador profissional. Como já falamos, um bom cuidador precisa estar com suas dores cuidadas. Estando ele atendido nos seus processos de sofrimento, terá seu trabalho transformado num processo criativo e prazeroso; ou seja, ele estará comprometido com uma reforma da atenção no sentido de facilitar a construção de vínculos entre sua equipe e seus pacientes, bem como no de explicitar com clareza a responsabilidade e os instrumentos poderosos para a mudança. Não podemos esquecer que: não se separa humanização de cuidado.

8. Considerações finais

A prática cotidiana em psicooncologia despertou em mim muitas inquietações, uma busca ansiosa por respostas e entendimentos, sobretudo no que dizia respeito ao contato do profissional com a morte. Fui buscar abrigo de muitas maneiras, em diferentes momentos e em diversos cursos. Percebendo que, algumas questões permaneciam, resolvi fazer minha pesquisa de mestrado.

É maravilhoso chegar ao final de um trabalho que, para mim, é cheio de significado e traz uma problemática tão atual; que urge por mais e mais discussões em diferentes âmbitos, seja no da Bioética, da psicooncologia, da Formação Médica, dos cuidados aos profissionais de saúde, da produção do cuidado em saúde, entre outros.

Talvez as inquietações tenham até aumentado no sentido de querer fazer algo junto aos profissionais de saúde que mal falam sobre suas dores, principalmente junto aos oncologistas. Hoje reafirmo minhas certezas do que pode ser feito, do que pode ser construído e transformado.

Por outro lado, há um pedaço de mim que está sentindo alento pelo fato de ter conseguido chegar até aqui, por ter compreendido, percebido e alcançado junto aos oncologistas entrevistados, a sua necessidade e o seu desejo de superarem suas dificuldades e cuidarem cada vez melhor dos seus pacientes e de si mesmos.

O que foi obtido nessa pesquisa nos trouxe aprendizados significativos. Esse estudo não se encerra aqui; muito pelo contrário, diríamos que o mesmo servirá de ponto de partida para muitas tarefas a serem realizadas, não só junto aos oncologistas, mas ante toda a gama ligada à produção do cuidado na saúde. Estas palavras finais não pretendem mostrar resultados fechados e sim caminhos e possibilidades, pois, quanto

mais buscamos respostas concretas, mais surgem novas indagações. Entendemos este trabalho como possibilidade de dar vozes ao que está silenciado, ou seja, seria uma maneira de enunciar os nossos pensamentos e questionamentos, a vivência dos oncologistas que aqui se expuseram e abrir interlocução com outros estudiosos. Portanto não é algo concludente.

É claro que tivemos os nossos objetivos atendidos; como sabemos, a minha vivência cotidiana atendendo a pacientes oncológicos e suas famílias levou-me a algumas perguntas. Questões que nortearam este estudo, como: o que significa lidar com a morte no cotidiano de trabalho? Que significados os oncologistas atribuem ao contato com os que estão morrendo? Como lidam com suas emoções frente à morte? Enfim, tais perguntas foram elucidadas, possibilitando uma maior compreensão sobre o cotidiano desses profissionais ao lidarem com a morte; percebemos o quanto é impregnado na nossa cultura o papel de curar atribuído ao médico, aquele que luta contra morte e a favor da vida. Assim, percebemos ainda que há muito a ser realizado diante dos significados e das dores dos oncologistas no seu cotidiano de trabalho. Pois a relação entre oncologistas e pacientes envolve conflitos e dilemas entre a vida e a morte, bem como decisões complicadas e questões a serem acompanhadas até os dias finais dos seus pacientes. Muito pouco está sendo feito para que se previna o adoecimento dos profissionais da oncologia, para que tenham suas dores cuidadas e para que possam oferecer um melhor cuidado aos seus pacientes.

Todo o percurso realizado no intuito de compreender a vivência dos oncologistas diante da morte dos seus pacientes foi trilhado ao longo do texto. Utilizamos-nos da Ontologia Existencial e da Hermenêutica Gadameriana para escutar e compreender os discursos dos nossos oncologistas. Foi reafirmada a importância de tal metodologia, por ter-nos possibilitado o desvelamento das crenças e significados a respeito da doença

oncológica e a abrangência de todos os elementos e da complexidade em torno do enfrentamento do processo de morte no dia-a-dia dos oncologistas. Gadamer (2002) nos ensina que essa metodologia se distancia da ideia da investigação do ser numa abordagem filosófica essencialista, para ir em busca da compreensão de como as coisas se apresentam e acontecem; dos modos subjetivos do viver e parte da linguagem como terreno comum de realização da intersubjetividade e do entendimento.

No percurso empreendido, por meio de alguns abrigos teóricos, foi possível realizar um resgate histórico ao abordarmos a relação do homem com a morte e desta com a medicina, constatando que, desde os tempos mais remotos, a fragilidade da vida ou, por outro lado, a certeza da finitude, marcam o pensamento humano. A expropriação dos sentimentos e a negação dos aspectos existenciais e simbólicos ligados à morte são fortes marcas no processo de construção da prática médica e da compreensão dos dados obtidos a partir dos quais organizamos tais capítulos.

No diálogo com as narrativas dos oncologistas que compuseram os capítulos de diálogo com os resultados, encontramos os interesses pela medicina, girando em torno do interesse pelo corpo humano, pela parte científica e humana da medicina, bem como pelas influências familiares. Já as escolhas pela oncologia foram marcadas pela investigação diagnóstica e pela agregação de várias clínicas numa só.

Observamos que os significados e sentidos atribuídos à prática da oncologia transitam entre o técnico e o humano, sendo possível resumi-los em quatro eixos: dimensões existenciais/crenças; convivência com o doente; habilidades humanísticas; tratamento/ doença. As preocupações dos oncologistas com o intenso sofrimento do paciente, com suas habilidades humanísticas, em como lidar com suas próprias emoções, e com o fato de serem bons técnicos constituíram um forte achado no que diz respeito ao conhecimento do universo subjetivo desses profissionais.

A respeito de suas concepções sobre a morte, foi verificado que os mesmos as dividem em três eixos representativos: sofrimento, descanso e religião. Tais eixos focam os aspectos existenciais e transcendentais ligados à morte. Já a respeito das concepções da morte em seu cotidiano de trabalho, quando estão em contato com pacientes terminais, reconhecemos três atitudes ou papéis desejados associados ao comportamento do médico perante o paciente à morte, quais sejam: evitar ao máximo a chegada da morte; promover qualidade de vida/morte e suporte emocional, estabelecendo uma comunicação eficiente e cuidar do paciente até o fim. Ficou claro para nós que a concepção do médico sobre a morte sofre grande influência da representação social do mesmo na nossa sociedade, como do que é introjetado a partir da formação médica, quando se aprende que o profissional é formado para curar a doença e combater a morte e não para lidar com a pessoa doente ou a pessoa que está morrendo. Contudo, ao longo de suas práticas, construíram também para si essas concepções voltadas para a promoção da qualidade de morte e para o cuidado do paciente até o fim dos seus dias, ou seja, como diria Silva (2006), o contato com o sofrimento pode contribuir para que o médico humanize sua prática e seja impelido a buscar caminhos, por vezes distantes, no seu processo de formação médica.

Diante de tantos desafios na lida com a morte, as vozes de nossos oncologistas possibilitaram que elencássemos os seguintes momentos: o sofrimento do oncologista diante da dor de não curar; a comunicação de más notícias; o cuidado do paciente até o fim. São dados bem semelhantes aos apresentados pela literatura recente, conforme trabalhado no corpo deste texto. Por sua vez, a importância do cuidado com a dor do cuidador é uma proposição nossa, depois de todo o percurso trilhado, que aponta as lacunas do ensino médico, convivendo na prática com os desejos desses profissionais de

conseguirem cuidar e aprender a lidar com a dor que envolve a todos diante da morte, ou terem de se distanciar para não sucumbir.

Em sua trajetória, o oncologista precisa lidar com pacientes e familiares, comunicando más notícias, lidando com enfermidades graves, terminalidade e morte, ou seja, é grande o investimento do profissional para com o seu paciente; são grandes as demandas e exigências, as inúmeras situações de morte e todas as dificuldades inerentes ao processo do morrer.

Eles não aprendem e não sabem como desenvolver suas habilidades comunicacionais, como estar junto do seu paciente de forma equilibrada, falando com ele sobre suas dores e sobre a morte. Cada profissional irá comunicar e interpretar os acontecimentos à sua maneira. Contudo percebe-se a dor de não salvar e da não legitimação dos seus sentimentos. Os depoimentos desvelaram uma gama de sentimentos e emoções que são vivenciados cotidianamente. Acontece que alguns deles se fecham e não compartilham suas dores, tentando se re-organizarem sozinhos.

Dessa maneira, quando não se abre espaço para falar sobre os processos emocionais envolvidos no contato com o paciente, percebe-se que se deixa de lado também a possibilidade de cuidado com as dores emocionais dos cuidadores. Eles ficam sem espaço para serem acolhidos, para falarem sobre as experiências mais marcantes e dolorosas. Tal carência e abandono desse profissional vai gerar uma dificuldade ainda maior do mesmo empatizar com a dor do paciente. E assim, percebe-se que esses profissionais vão aprendendo a trabalhar cada um à sua maneira, buscando em cada paciente um novo aprendizado.

Eles dão relevo ao fato da não priorização da discussão de tais temas nos seus processos de formação, argumentando que são ensinados a não se envolverem com seus pacientes; a guardarem para si tudo que for do âmbito do subjetivo e das trocas

intersubjetivas; a controlarem e não expressarem suas emoções e seus sentimentos de fragilidade, ou seja, só há espaço para a objetividade. Sendo assim, muito deles não conseguem reivindicar espaços de trocas por não entenderem os mesmos como característicos e necessários à sua prática.

Já outros anseiam por mudanças, que aconteçam desde as grades curriculares até espaços de escuta e discussão de casos, que ofereçam a possibilidade de cuidado às suas dores; que atendam às suas necessidades de falarem sobre suas dificuldades ante os desafios ligados ao cotidiano profissional.

Como seria a prática almejada por eles? Quem sabe, uma atuação em que se levassem em conta os sentimentos dos profissionais e dos pacientes, em que os primeiros pudessem oferecer uma atenção cuidadora e humanizada aos seus pacientes? Entendendo-se que, se os sentimentos desses profissionais não são tocados o tempo todo pelo de seus pacientes, fato revelado por eles, em algum momento o são. E seus comportamentos interferem diretamente nos processos de aceitação, e adesão ao tratamento de seus pacientes. Portanto tal aspecto relacional precisa ser cuidado.

Os nossos oncologistas reclamam por uma medicina mais humanizada. Querem transpor as ideias demarcadas pela racionalidade médica, e assim unir a técnica à humanidade e ao cuidado, entendendo cada paciente e cada novo caso em sua singularidade, sem banalizar o sofrimento e a morte, acompanhando seus pacientes até o fim dos seus dias.

Este trabalho nos revela que urge a necessidade de mudanças nas atuações dos profissionais de saúde como um todo. Mudanças que venham desde os processos de formação e possam ser consolidadas na prática cotidiana; em que haja o envolvimento com a dor do outro, com a subjetividade e com a possibilidade da aliança entre a tecnociência e toda a grandeza inerente ao cuidado. Tudo isso exige esforços de todos

aqueles ligados à saúde como um todo, que se aplique de fato o que é proposto pelas nossas políticas de humanização; que se levem a sério as práticas de educação permanente, entre outras. Ou seja, todo o empenho seria do âmbito individual, coletivo e político.

O que foi percebido nesta pesquisa nos reporta a necessidade de investimentos éticos, tanto no âmbito do cotidiano da oncologia, nas esferas institucionais, como também a respeito da saúde do trabalhador, com o intento de melhor acolher esses profissionais. Que se possa chegar perto da morte e dialogar sobre ela, que haja espaços para a dor do cuidador, para que o mesmo possa cuidar das dores de seus pacientes, sem medo de aproximarem-se dele.

Para que se aceite tal situação, é preciso que se esteja vivo, sentindo e se compadecendo; não sendo indiferente às misérias humanas presentes no cotidiano daquele que vive um sofrimento muitas vezes solitário, causado pelas diversas tonalidades das dores oncológicas.

Não há como fugir disso o tempo todo, pois a morte é a única certeza que se tem. Assim, melhor seria cuidarmos dela com tudo que a mesma demanda, apropriando-nos da vida que há em nós e nos que estão sob a nossa responsabilidade, para que seja garantida uma qualidade de vida e de morte.

Por tudo isso, merece destaque nas nossas finais considerações a necessidade de outras pesquisas que envolvam profissionais de saúde, seus processos de atuação e produção do cuidado; que possam sugerir intervenções relacionadas à saúde do trabalhador, ou seja, aos agravos à saúde do profissional, em decorrência do cotidiano de trabalho. Pois é importante não esquecer que lidar com situações de perdas, independente do cuidado dispensado ao paciente em sua terminalidade, é tarefa emocionalmente demandante para os profissionais de saúde.

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.

(Fernando Pessoa)

9. Referências

- Abdo, C. H. N. (1996). *Armadilhas da comunicação: o médico, o paciente e o diálogo*. São Paulo: Lemos.
- Alapetite, C., Baillet, F., Champemond, S., Dessard, D., Housset, B., & Langlet, M. P. (1988). Opposition pour le malade cancéreux entre notion de Guérison et surveillance prolongée. *Psychologie Médicale*, 20(9), 1283-1285.
- Alencar, S. C. S., Lacerda, M. R., & Centa, M. L. (2005). Finitude humana e enfermagem: reflexões sobre o (des) cuidado integral e humanizado ao paciente e seus familiares durante o processo de morrer. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 7(2), 171-180.
- Ammann, R. A., & Baumgartner, L. (2005). Bad news in oncology: wich are the right words? *Support Care cancer*, 13, 275-276.
- Andrade, E. O., & Andrade, E. N. (2010). A morte iminente, sua comunicação aos pacientes e familiares e o comportamento médico. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 8, 46-52.
- Araújo, M. M. T., & Silva, M. J. P. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(4), 668-674.
- Ariès, P. (2003). *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Armstrong, J., & Holland, J. (2004). Surviving the stresses of clinical oncology by improving communication. *JAMA*, 286, 3007-3014.
- Arruda, P. C., & Millan, L. R. (1999). *A vocação médica: o universo psicológico do futuro médico – Vocação, vicissitudes e perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ayres & Silva (2010). O médico e os desafios do cuidar diante da morte. In F. S. Santos (Org.), *A arte de morrer: visões plurais* (Vol. 3, pp. 69-89). Bragança Paulista: Comenius.
- Ayres, J. R. C. M. (1994). Interpretação histórica e transformação científica: a tarefa hermenêutica de uma teoria crítica da epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*, 28(4), 311-319.
- Ayres, J. R.C. M. (2004b) O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e sociedade*, 13(3), 16-29.
- Ayres, J. R.C. M. (2005). Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Revista de ciências e saúde coletiva*, 10(3), 549-560.
- Ayres, J. R.C. M. (2007). Uma concepção hermenêutica de saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 43-62.
- Ayres, J. R.C.M.(2004a). Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)*, vol.8, n.14 p. 73-92 .
- Back, A. L. (2003). Teaching communication skills to medical oncology fellows. *Journal of clinical oncology*, 21(12), 2433-2436.

- Becker, E. (1973). *A negação da morte*. Rio de Janeiro: Record.
- Bennett, M. I. (2011). Education in câncer pain management. *Current opinion in supportive and palliative care*, 5, 1-5.
- Bezerra, A. J. C. (2002). *Admirável mundo médico: arte na história da medicina*. Brasília: Conselho Regional de Medicina do DF.
- Boemer, M. R. (1989). *A morte e o morrer*. São Paulo: Cortez.
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis, Vozes.
- Bowlby, J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo* (Vol. 1). São Paulo: Martins Fontes.
- Brammer (1998). Practitioners in this rapidly changing speciality are in high demand. Pros and cons for budding cancer specialists. *BMJ*, 317(7156).
- Brêtas, J. R. S., Moreno, R. S., Eugenio, D. S., Sala, D. C. P., Vieira, T. F., & Bruno, P. R. (2008). Os rituais de passagem segundo adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 404-411.
- Brêtas, J. R. S., Oliveira, J. R., & Yamaguti, L. (2006). Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(4), 477-483.
- 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 de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina).
- Cardoso, M. H. C. A. (2000). História e medicina: a herança arcaica de um paradigma. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 4(3), 551-575.
- Carvalho, F. P. B. (2009). *A morte a concepção de estudantes de enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal).
- Carvalho, M. M. (2002). Psico-oncologia: história, características e desafios. *Psicologia USP*, 13(1), 151-166.
- Carvalho, M. V. B. (2003). *O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica* (Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo).
- Carvalho, V. (2006). A equipe de saúde e suas vicissitudes emocionais. In C. A. M. Pimenta, D. D. C. F. Mota, & D. A. L. M. Cruz (Orgs.), *Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia* (pp. 103-123). São Paulo: Manole.
- Casellato, G. (2005). *Dor silenciosa ou dor silenciada? Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade*. São Paulo: Livro Pleno.
- Cassorla, R. M. S. (1992). Reflexões sobre a psicanálise e a morte. In M. J. Kovács (Org.), *Morte e desenvolvimento humano* (pp. 91-112). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Castro, D. S. P. (2000) *Fenomenologia e análise do existir*. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo.

- Castro, F. C. (2004). Os temores na formação e prática da Medicina: aspectos psicológicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 28(1), 38-45.
- Cerqueira, A. T. A. R. (2009). Habilidades de comunicação entre pacientes e famílias. *Interface*, 13(29), 469-473.
- Charon, R. (2001). Narrative medicine: form, function, and ethics. *Annals of Internal Medicine*, 134(1), 83-87.
- Cimbalista, S. N. (2006). Adversidades no trabalho: a condição de ser trabalhador no sistema de produção flexível na indústria automobilística brasileira (Tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina).
- Coelho, F. J. F., & Falcão, E. B. M. (2006). Ensino científico e representações sociais de morte humana. *Revista Ibero-americana de Educación*, 1-13.
- Combinato, D. S., & Queiroz, M. S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11(2), 209-216.
- Comissão Nacional de Residência Médica. (2004). Resolução CNRM 008, de 05 de agosto de 2004 (2004, 13 de agosto). *Diário Oficial da União, Seção 1*, p. 25.
- Concone, M. H. V. B. (1983). O "vestibular" de anatomia. In J. S. Martins (Org.), *A morte e os mortos na sociedade brasileira* (pp. 25-37). São Paulo: Hucitec.
- Correa, A. K. (2000). Pesquisas de enfermagem em terapia intensiva: análise de dissertações e teses. *Revista da Escola de Enfermagem, USP*, 34(3), 252-257.
- Corrêa, J. A. (2008). *Morte*. São Paulo: Globo/Filosofia Frente e Verso.
- Costa Filho, R. C., Costa, J. L. F., Gutierrez, F. L. B. R., & Mesquita, A. F. (2008). Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(1), 88-92.
- Costa, J. C., & Lima, R. A. G. (2005). Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 151-157.
- D'Epina, M. L. (1998). *Groddeck: a doença como linguagem*. Campinas: Papyrus.
- Dartigues, A. (1973). *O que é a fenomenologia?* Rio de Janeiro: Eldorado Tijuca.
- Dastur, F. (2002). *Ensaio sobre a finitude*. Rio de Janeiro: Bertrand.
- De Marco, M. A. (2003). *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- De Marco, M. A. (2006). Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 3(1), 60-72.
- Doka, K. J. (2002). *Disenfranchised grief: new directions, challenges and strategies for practice*. Illinois: Research Press.
- Echeverri, C. G. (2006). A importância da comunicação. In I. F. Jaramillo (Org.), *Morrer bem* (pp. 51-57). São Paulo: Planeta do Brasil.
- Elias, N. (2001). *A Solidão dos moribundos. Seguido de envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Entralgo, P. L. (1983). *La relacion médico-enfermo*. Madrid: Alianza.

- Esslinger, I. (2004). *De quem é a vida afinal? ... Descortinando a morte no hospital*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Falcão, E. B. M., & Lino, G. G. S. (2004). O paciente morre: eis a questão. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 28, 106-118.
- Fallowfield, L. (1995). Can we improve the professional and personal fulfillment of doctors in cancer medicine? *British Journal of Cancer*, 71, 1132-1133.
- Feliciano, K.V., Kovács, M. J., & Sarinho, S. W. (2005). Sentimentos dos profissionais de serviços de pronto socorro pediátrico: reflexões sobre o burnout. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5(3), 319-328.
- Figueiredo, M. T. A., & Bifulco, V. A. (2008). Psicooncologia e o atendimento domiciliar em cuidados paliativos. In V. A. Carvalho, M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. P. Liberato, R. C. Macieira, M. T. Veit ... L. H. C. Barros (Orgs.), *Temas em Psicooncologia* (pp. 373-381). São Paulo: Summus.
- Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2008). Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 2123-2132.
- Franco, M. H. P. (2002a). *Estudos avançados sobre o luto*. Campinas: Livro Pleno.
- Franco, M. H. P. (2002b). *Uma jornada sobre o luto*. Campinas: Livro Pleno.
- Gadamer, H. G. (2002). *Verdade e Método I*. Petrópolis: Vozes.
- Gadamer, H. G. (2003). *O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: Edições 70.
- Galvão, V. F. (2006). *Da relação médico-paciente: aspectos semióticos de paixão e persuasão* (Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo).
- García, J. L. (1996). El fenómeno de la muerte em la investigación de las emociones. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49(2), 249-265.
- Gaspar, D. (2006). Medicina – uma escolha gratificante: implicações para o recrutamento de futuros – Resultados da França de 2007 a Associação de Residentes em Oncologia (Aerio) Survey. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 133-140.
- Girond, J. B. R., & Waterkemper, R. (2006). Sedação, eutanásia e o processo de morrer do paciente com câncer em cuidados paliativos: compreendendo conceitos e inter-relações. *Cogitare Enfermagem*, 11(3), 258-263.
- Goliszek, A. (2004). *Cobaias Humanas- a história secreta do sofrimento provocado em nome da ciência*. Rio de Janeiro: Ediouro
- Gomes, R. (1998). Sobre a pesquisa participante. *Revista Temas de Educação*, 2(2), 5-11.
- Graham, J. (2000). Stress and burnout an oncology. *Oncology*, 14(11), 33-48.
- Gregório Neto, J. (2010). *Conflitos éticos vivenciados por enfermeiros relativos a pacientes terminais* (Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo).
- Grosseman, S. (2004). A relação médico-paciente eo cuidado humano: subsídios para a promoção da educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*; 28, 99-104.

- Grosseman, S., & Patrício, Z. M. (2004). A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para a formação da educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 28(2), 99-105.
- Grosseman, S., & Stoll, C. (2008). O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com esudantes do último semestre do curso de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), 301-308.
- Guandalini, F. C. (2010). *As transformações da relação do homem com a morte* (Monografia de especialização, Pontifícia Universidade Católica do Paraná).
- Guedes, C. R., Nogueira, M. I., & Camargo Jr., K. R. (2006). A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(4), 1093-1103.
- Guedes, C. R., Pitombo, L. B., & Barros, M. E. B. (2009). Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. *Physis*, 19(4), 1087-1109.
- Guimarães, T. M. M.; Nascimento, JR. P. G. (2003). A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos. *Bioética*. V. 11, n1, p. 101-14.
- Gunten, C. F. (2008). Oncologists and end of life care. *Journal of Palliative Medicine*, 11(5), 195-205.
- Gutierrez, B. A. O. (2003). *O processo de morrer no cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva* (Tese de doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo).
- Gutierrez, P. (2001). O que é o paciente terminal? *Revista da Associação Médica Brasileira*, 47(2), 92.
- Hagerty, R. G., Butow, P. N., Ellis, P. N., Dimitri, S., & Tattersall, M. H. (2005). Communicating prognosis in cancer care: a systematic review of the literature. *Annals of Oncology*, 16, 1005-1053.
- Heidegger, M. (1981). *Todos nós... ninguém: um enfoque fenomenológico do social*. São Paulo: Moraes.
- Hilden, J. M. (2001). Attitudes and practices among pediatric oncologists regarding end of life care: results of the 1998 american society of clinical oncology survey. *Journal of Clinical Oncology*, 19, 205-212.
- Hoffmann, L. (1993). A morte na infância e sua representação para o médico: reflexões sobre a prática pediátrica em diferentes contextos. *Caderno de Saúde Pública*, 9(3), 364-374.
- Hoirisch, A. (1992). Identidade médica. In J. Mello Filho (Org.), *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Holanda, A. (2006). Questões sobre a pesquisa qualitativa e a pesquisa fenomenológica. *Análise Fenomenológica*, 3, 363-372.
- Howells, K., Gould, M., & Field, D. (1986). Fear of death and dying in medical students: effects of clinical experience. *Medical Education*, 20, 502-506.
- Husserl, E. (2002). *Investigações lógicas, sexta investigação (Elementos de uma elucidação fenomenológica do conhecimento)*. São Paulo: Nova Cultural.

- Ignarrez, R. (2002). *Medicina: representações de estudantes sobre a profissão* (Tese de doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo).
- Ismael, J. C. (2002). *O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada*. São Paulo: T. A. Queiroz.
- Jackson, V. A., Sttebin, J., & Slater, S. (2008). Oncologist's approaches to end of life care. *Journal of Palliative Medicine*, 11(6), 2253-2261.
- Jesus, M. C. P., Peixoto, M. R. B., & Cunha, M. H. F. (1998). O paradigma hermenêutico como fundamentação das pesquisas etnográficas e fenomenológicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(2), 29-35.
- Junqueira, L. C. U. (2008). *Vivências de médicos oncologistas: um estudo da religiosidade no cuidado existencial em saúde* (Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto).
- Kalemkerian, P. G., & Amir, M. (2003). Run for your life: the reaction of some professionals to a person with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 21, 3696-3699.
- Kastenbaum, R., & Aisenberg, R. (1983). *Psicologia da morte*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Kaufman, S., & Morgan, L. (2005). The Anthropology of the beginnings and ends of life. *The Annual Review of Anthropology*, 34, 317-341.
- Kipper, D. J. (2000). Decisões médicas envolvendo o fim da vida: o desafio de adequar as leis as exigências éticas. *Jornal de Pediatria*, 76(6), 403-406.
- Klafke, T. E. (1991). O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In R. M. S. Cassorla (Org.), *Da morte: estudos brasileiros* (pp. 25-49). Campinas: Papirus.
- Knobel, M., & Silva, A. L. M. (2004). O paciente terminal: vale a pena investir no tratamento? *Einstein*, 2(2), 133-134.
- Koropchak, C. M., Pollak, K. I., Arnold, R. M., Alexander, S.C., Skinner, C. S., & Olsen, M. K. (2006). Studying communication in oncologist-patient encounters: The SCOPE Trial. *Palliative Medicine*, 20, 813-819.
- Kovács, M. J. (1991). Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. In R. M. S. Cassorla (Org.), *Da morte: estudos brasileiros* (pp. 79-103). Campinas: Papirus.
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2003). Bioética nas questões de vida e de morte. *Psicologia USP*, 14(2), 115-167.
- Kovács, M. J. (2003). *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2008). A morte no contexto dos cuidados paliativos. In R. A. Oliveira (Org.), *Cuidado paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
- Kubler-Ross, E. (1996). *Morte: estágio final da evolução*. Rio de Janeiro: Record.

- Kvale, S. (1996). *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage publications.
- Lago, K., & Codo, W. (2010). *Fadiga por compaixão: o sofrimento dos profissionais de saúde*. Petrópolis: Vozes.
- Landmann, J. (1982). *Evitando a saúde e promovendo a doença*. Rio de Janeiro: Achiamé.
- Larson, D. G., & Tobin, D. R. (2000). End of life conversations. *Jama*, 284(12), 1573-1577.
- Legant, P. (2009). Who should follow our patients? *Journal of Oncology Practice*, 6(1), 24-25.
- Leite, A. J. M., Caprara, A., & Coelho Filho (2007). *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias*. São Paulo: Sarvier.
- Lima, D. M. (2007). *Enfrentamento de situações de morte e morrer: percepção de médicos e enfermeiros sobre seu preparo* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal Sergipe, Aracaju).
- Lima, M. C. P., Domingues, M. S., & Cerqueira, A. T. A. (2006). Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Revista de Saúde Pública*, 40(6), 1035-1041.
- Lima, R. A. G., & Costa, J. C. (2005). Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte/morrer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 151-157.
- Lima, R. C. D., Oliveira, E. R. A., Cadê, N. U. et al. (2005). O processo de cuidar na enfermagem: mudanças e tendências no mundo do trabalho. *Cogitare*, 10(2), 63-67.
- Lima, V. R., & Buys, R. (2008). Educação para a morte na formação de profissionais de Saúde. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(3), 52-63.
- Lino, G. G. S. (2003). *A morte e o estudante de medicina: contemplam-se, mas não se conhecem* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro).
- Loriot, Y. (2010). Why do residents choose the medical oncology specialty? Implications for future recruitment results of the 2007 French Association of residents in Oncology. *Annals of Oncology*, 21(1), 161-165.
- Lowen, A. (1986). *O medo da vida: caminhos da realização pessoal pela vitória sobre o medo*. São Paulo: Summus.
- Luz, M. T. (1988). *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus.
- Luz, M. T. (1988). *Natural, racional, social, razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus.
- Luz, M. T. (1997). *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas* (Série Estudos em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro: UERJ.
- Macieira, R. C. (2001). *O sentido da vida na experiência de morte: uma visão transpessoal*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Maciel, M. G. S. (2008). Cuidado paliativo: definições e princípios. In R. A. Oliveira (Org.), *Cuidado paliativo* (pp. 89-97). São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
- Maciel, M. G. S., & Othero, M. B. (2009). Cuidados paliativos e assistência na terminalidade. In M. T. Veit (Org.), *Transdisciplinariedade em oncologia* (pp. 184-195). São Paulo: HR.
- Marta, G. N., Marta, S. N., Andrea Filho, A., & Job, J. R. P. P. (2009). O estudante de medicina e o médico recém formado frente a morte e ao morrer. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(3), 416-427.
- Martins, A. (2004). Biopolítica: o poder do médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 21-32.
- Martins, J. Boemer, M. R., & Ferraz, C. A. (1990). A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 24(1), 139-147.
- Martins, J. C. (1981). *A morte e os mortos*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Martins, J. J., & Albuquerque, G. L. (2007). A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 6(3), 351-356.
- Mascia, A. R. (2009). Atitudes frente a aspectos relevantes da prática médica: estudo transversal randomizado com alunos de segundo e sexto anos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(1), 40-48.
- Mello Filho, J. (1983). *Concepção psicossomática: visão atual*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Melo, L. S. (2005). *Percepção de morte e assistência fora de possibilidades terapêuticas* (Monografia em Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju).
- Menezes, R. A. (2004). *Em busca da "boa morte": uma investigação sócio-antropológica sobre cuidados paliativos* (Tese de doutorado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro).
- Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2003). Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em Debate*, 27(65), 1-13.
- Mesquita, G. M. S. (2006) *Das dores da morte: um estudo de caso sobre a finitude* (Dissertação de mestrado, Universidade de Fortaleza, Fortaleza).
- Meyskens, F. L., & Shanafelt, T. (2003). When your favorite patient relapses: physician grief and well-being in the practice of oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 21, 2616-2619.
- Meyskens, M., & Shanafelt, S. (2005). Finding meaning, balance and personal satisfaction in the practice of oncology. *Journal of Supportive Oncology*, 3(2).
- Millan, L. R. (1999). *O Universo psicológico do futuro médico. Alguns aspectos psicológicos ligados a formação médica: vocação, vicissitudes e perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Millan, L. R. (2005). What is behind a student's choice for becoming a doctor? *Clinics*, 60(2), 143-150.
- Minayo, M. C. S. (2002). Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In M. C. S. Minayo & S. F. Deslandes (Orgs.), *Caminhos do pensamento: epistemologia e método* (pp. 83-107). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Minayo, M. C. S. (2007). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2008). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Educação. (2001). *Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina*. Brasília: Autor.
- Moral, R. R. (2009). *Educación médica: manual práctico para clínicos*. Buenos Aires/Madrid: Médica Panamericana.
- Moreira Filho, A. A. (2005). *Relação médico-paciente: teoria e prática*. Belo Horizonte: Coopmédica.
- Moreira, S. N. T., Silva, C. A. N., Tertulino, F. M. F., Vilar, M. J. P., & Azevedo, G. D. (2006). Processo de significação de estudantes do curso de medicina diante da escolha profissional e das experiências vividas no cotidiano acadêmico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30(2), 14-19.
- Moreno-Jimenez, B. (2005). Olvido y recuperación de los factores psicosociais em la salud laboral [Editorial]. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 3, 3-4.
- Moritz, R. D. (2007). Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19(4), 485-489.
- Moryl, N., Sollner, W., Lukas, P., & Rumpold, G. (2003). The role of the oncologist. *Cancer Medicine*, 77(21), 179-185.
- Nascimento, A. M. (2001, junho). Religião, morte e pós modernidade: as relações entre os discursos religioso e científico na construção da representação da morte em profissionais de saúde. In III Simpósio Nacional de História das Religiões: Insurgências e Ressurgências no Campo Religioso, *Anais Eletrônicos do Seminário Institucional de História das Religiões*, Recife: Autor.
- Nava, P. (2003). *Capítulos da história da medicina no Brasil*. Cotia: Ateliê.
- Nelson, H. (2000). Proposed phase III trial comparing laparoscopic-assisted colectomy versus open colectomy for colon cancer. *JAMA*, 19, 51-6.
- Nogueira da Silva, G. S., & Ayres, J. R. C. M. (2010). O médico e os desafios de cuidar diante da morte. In F. S. Santos (Org.), *A arte de morrer, visões plurais* (Vol. 3, pp. 69-79). Bragança paulista: Comenius.
- Nogueira da Siva, G.S, Ayres, J.R.C.M. (2009). O encontro com a morte: à procura do mestre Quíron na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(3), 364-373.

- Nogueira, A., Oliveira, L. M., & Pimentel, V. (2006). O profissional de saúde e a finitude humana: a negação da morte no cotidiano profissional da assistência hospitalar. *Revista Virtual Textos e Contextos*, 5(6), 27-31.
- Nogueira-Martins, L. A. (1994). *O stress psicológico em Medicina* (Tese de doutorado, Escola Paulista de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo).
- Nogueira-Martins, L. A. (2003). Saúde mental dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira Medicina e Trabalho*, 1(1), 56-68.
- Novaes, R. L. (1996). Sobre a técnica. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 3(1), 24-49.
- Oliveira Júnior, J. O. (2009). Cuidando do cuidador. *Prática hospitalar*, 11(65), 117-119.
- Oliveira, R. R., Siqueira, J. E., & Cohen, C. (2006). O suicídio assistido e o exercício da enfermagem. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 8(2), 32-34.
- Paiva, V. (2005). Analysing sexual experiences through “scenes”: a framework for the evaluation of sexuality education. *Sex Educacion*, 5.
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus.
- Pazin-Filho, A. (2005). Morte: considerações para a prática médica. *Revista de Medicina de Ribeirão Preto*, 38(1), 20-25.
- Pereira, M. T., & Reis, T. C. S. (2007). A não ressuscitação do ponto de vista do médico, em uma unidade de cuidados paliativos oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 53(2), 225-229.
- Pereira, R. T. M. C. (2005). *O ensino da medicina através das humanidades médicas: análise do filme And the band played on e seu uso em atividades de ensino/aprendizagem em educação médica* (Tese de doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo).
- Peruzzi, A. (2000). Profissão, vocação e medicina. *Política & Trabalho*, 16, 73-84.
- Pessini, L. (2002). Humanização da dor e sofrimentos humanos no contexto hospitalar. *Bioética*, 10(2), 51-72.
- Pessini, L. (2009). Até quando investir sem agredir? *Revista Bioética*, 4(1), 1-11.
- Pitta, A. (1994). *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.
- Poles, K. (2008). *O desenvolvimento do conceito de morte digna na UTI pediátrica*. (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo).
- Pollak, K. I., Jeffreys, R. M. A., & Alexander, S. C. (2007). Oncologist communication about emotion during visits with patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 25(36), 5748-5752.
- Py, L. (2004). Cuidar do cuidador: transbordamento e carência. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(4), 346-350.
- Queiroz, M. S. (1986). O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Revista de Saúde Pública*, 20(4).

- Quintana, A. M., & Arpini, D. M. (2002). A atitude diante da morte e seu efeito no profissional de saúde: uma lacuna da formação? *Revista Psicologia Argumento*, 19(30), 45-50.
- Quintana, A. M., Cecim, P. S., & Henn, C. G. (2002). O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de medicina. *Revista Brasileira de educação médica*, 26(3), 204-210.
- Quintana, A., Kegler, P., Santos, M., & Lima, L. (2006). Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. *Paidéia*, 16(35), 415-425.
- Quintana, A., Rodrigues, A. T., Goi, C. M. D., & Bassi, L. A. (2004). Humanização e estresse na formação médica. *Revista da AMRIGS*, 48(1), 1-72.
- Ramalho, M. A. N., & Nogueira Martins, M. C. F. (2007). Vivências de profissionais de saúde da área de Oncologia Pediátrica. *Psicologia Estudos*, 12(1), 123-132.
- Ramos, M. (2009). Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. *Saude e Sociedade*, 18, 55-59.
- Ramos-Cerqueira, A. T. A., & Lima, M. C. (2002). A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. *Interface-Comunicação, Saúde e Educação*, 6(11), 107-116.
- Ramos-Cerqueira, A. T. A., Lima, M. C. P., Torres, A. R., Reis, J. R. T., & Fonseca, N. M. V. (2005). Era uma vez... Contos de fadas e psicodrama auxiliando alunos na conclusão do curso médico. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 9(16), 81-89.
- Rappaport, W. W. (1993). Education about death and dying Turing the clinical years of medical school. *Surgery*, 113(2), 163-165.
- Raven, R. W. (1973). The role of the surgical oncologist. *Annals of Royal College England*, 52, 139-140.
- Reale, G. (1993). *História da filosofia antiga* (Vol. 1, Das Origens a Sócrates, Coleção Série História da Filosofia). Edições Loyola.
- Remen, R. N. (1993). *O paciente como ser humano*. São Paulo: Summus.
- Ricaldoni, C. A. C. & Sena, R. R. (2006). Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 14(6), p. 837-842.
- Rincón, L. B., & Guarino, L. (2008). Estrès laboral, afrontamiento, semsibilidad emocional y síntomas físicos y psicologicos en médicos venezolanos. *Revista Colombiana de Psicologia*, 17, 43-58.
- Rios, I. C. (2007). Rodas de conversa sobre o trabalho na rua: discutindo saúde mental. *Physis*, 17(2), 251-263.
- Robson, T. M. et al. (2008). Patient-oncologist communication in advanced câncer: predictors of patient perception of prognosis. *Support Care Cancer*, 16, 1049-1057.
- Rodrigues, J. C. (2006). *Tabu da morte*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Rossi, P. S., & Batista, N. A. (2006). O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. *Interface*, 10(19), 93-102.

- Rozemberg, B., & Minayo, M. C. S. (2001). A experiência complexa e os olhares reducionistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 115-123.
- Sadala, M. L. A., & Silva, M. P. (2008). Cuidar de pacientes em fase terminal: a experiência de alunos de medicina. *Interface*, 12(24), 7-21.
- Sales, C. A. (2008). Cuidado paliativo: a arte de estar com o outro de uma forma autêntica. *Revista de Enfermagem*, 16(2), 174-179.
- Salinsk, J. (2008). Como os grupos Balint têm mudado ao longo de 57 anos: objetivos e expectativas. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 526-530.
- Salomé, G. M., Cavali, A., & Espósito, V. H. C. (2009). Sala de emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 681-686.
- Santana, J. C. B. (2009). Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. *Bioethikos*, 3(1), 77-86.
- Santoro, D. C., & Oliveira, C. M. (2003). Consideração sobre morte súbita no contexto do cuidado. *Revista Científica dos Profissionais de Enfermagem*, 5(2), 302-308.
- Santos, F. S. (2009). Tanatologia: a ciência de educação para a vida. In F. S. Santos (Org.), *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu.
- Sapeta, P., & Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: fatores que interferem no processo de interação enfermeiro-doente. *Revista Referência*, 2(4), 35-60.
- Sarti, C. A. (2001). A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e Sociedade*, 10(1), 3-13.
- Schapira, L. (2003). Emotions of the oncologist: an existential oncologist. *Journal of Clinical Oncology*, 21, 77-78.
- Schrijvers, J. (2003). Specialists and generalists: discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 80, 153-155.
- Scliar, M. (1996). *Cenas médicas: pequena introdução à história da medicina*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.
- Segre, M., & Cohen, C. (2003). *Bioética*. São Paulo: Edusp.
- Silva, C. A., Carvalho, L. S., Santos, A. C. P. O., & Menezes, M. R. (2007). Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(1), 97-104.
- Silva, G. S. N. (2004). A racionalidade médica ocidental e a negação da morte, do riso, do demasiadamente humano. In V. A. Angerami (Org.), *Atualidades em psicologia da saúde* (pp. 135-180). São Paulo: Pioneira Thomsom Learning.
- Silva, G. S. N. (2006). *A construção do "ser médico" e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo).
- Silva, K. S., Ribeiro, R. G., & Kruse, M. H. L. (2009). Discursos de enfermeiras sobre morte e morrer: vontade ou verdade? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(3), 451-456.

- Silva, V. C. E., & Zago, M. M. F. (2005). A revelação do diagnóstico de câncer para profissionais e pacientes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4), 476-480.
- Siqueira, J. E. (2009). Tecnologia e medicina entre encontros e desencontros. *Revista Bioética*, 8(1), 55-67.
- Souza, D. M. (2009). A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 18(1), 41-47.
- Sucupira, A. C. (2007). A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 619-635.
- Timmermans, S. (2005). Death brokering: constructing culturally appropriate deaths. *Sociology of health & illness*, 27(7), 993-1013.
- Todd, J. W. (1987). Specialists should also be generalists: discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 80, 153-156.
- Toffoletto, M. C., Zanei, S. S. V., Hora, E. C., Nogueira, G. P., Miyadahira, M. K., Kimura, M., & Padilha, K. G. (2005). A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 307-312.
- Trincaus, M. R., & Corrêa, A. K. (2007). A dualidade vida: morte na vivência dos pacientes com metástase. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 41(1), 44-51.
- Trindade, E. S., Azambuja, L. E. O., Andrade, J. P., & Garrafa, V. (2007). O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53(1), 68-74.
- Uchoa, A. C., & Camargo Jr., K. (2006). Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências ou evidências? *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 11(3), 775-783.
- Valente, S. H., & Boemer, M. R. (2000). A sala de anatomia enquanto espaço de convívio com a morte. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53(1), 99-108.
- Valle, E. M. R., & Françoso, L. P. C. (1997). Psicologia e enfermagem: a questão do adoecer. *Revista Psicologia Argumento*, 15(20), 61-70.
- Viana, A., & Piccelli, H. (1998). O estudante, o médico e o professor de medicina perante a morte e o paciente terminal. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44(1), 21-27.
- Vilhena, M. A. (2004). Os mortos estão vivos: traços da religiosidade brasileira. *Revista de Estudos da Religião*, 3, 103-131.
- Waldow, V. R., Lopes, M. J. M., & Meyer, D. E. (1998). Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato.
- Zaidhaft, S. (1990). *Morte e formação médica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Zan, P. (1984). *A vida que a morte traz*. São Paulo: Loyola.
- Zorzo, J. C. C. (2004). *O processo de morte e morrer da criança e do adolescente: vivências dos profissionais de enfermagem* (Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto).

Apêndices

Apêndice A



Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Mestrado em Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO DE PESQUISA: O ONCOLOGISTA CLÍNICO DIANTE DA MORTE: IMPLICAÇÕES PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO

Meu nome é Christine de M. F. Campos Lucena. Sou aluna do Curso de Mestrado do Programa de Pós Graduação de Psicologia da UFRN. Pretendo realizar uma pesquisa sobre a vivência dos oncologistas frente à morte. Esta pesquisa visa compreender a vivência dos oncologistas clínicos que acompanham pacientes terminais, os significados que atribuem à morte, as maneiras de enfrentamento e as implicações para a produção do cuidado. Pretende ainda contribuir com informações capazes de, em futuro próximo, servir para o planejamento das ações de assistência em Oncologia, bem como possibilitar dados capazes de orientar uma atenção voltada para o cuidado a esses profissionais

Convido-o a participar da pesquisa que, neste momento, consistirá na realização de uma entrevista. A atividade não apresenta nenhum risco para os participantes e sua participação é inteiramente voluntária. Mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para solicitar, a qualquer momento, a interrupção da entrevista sem nenhuma

penalização ou prejuízo para você. Pode, inclusive, ouvir a gravação das entrevistas e solicitar que seja retirado aquilo com que você não concorda.

Se, decorrente do momento da entrevista, você sentir alguma necessidade de acompanhamento de ordem emocional, receberá o acolhimento inicial realizado pela entrevistadora, haja vista tratar-se de uma psicóloga clínica e, caso necessário, será encaminhado (a) para um serviço adequado.

Comprometo-me a manter seu anonimato, utilizando, no corpo (escrita) do trabalho ou em publicações posteriores, um número ou nome fictício para a identificação dos depoimentos. Desde já, agradeço-lhe imensamente a colaboração.

Declaro que li o texto acima e aceito participar da pesquisa “O ONCOLOGISTA CLÍNICO DIANTE DA MORTE: IMPLICAÇÕES PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO”, de forma livre e esclarecida.

Natal, _____ de _____ de 2010.

Nome do entrevistado (a): _____

Assinatura do entrevistado (a): _____

Assinatura do pesquisador (a): _____

Esclarecimentos, dúvidas e /ou encaminhamentos:

Pesquisadora: Christine de M. F. Campos Lucena

Telefone: (84) 9471-2420

E-mail: christinecampos@gmail.com

Orientadora: Geórgia Sibebe Nogueira da Silva

UFRN/ Programa de Pós-graduação em Psicologia

Telefone: (84) 3215 3590, ramal 217

E-mail: gsibebe@uol.com.br

Apêndice B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Momento 1: Rapport

Consolidação das questões legais e compromissos éticos da pesquisa, como assinaturas dos termos de consentimento.

Momento 2: A entrevista propriamente dita. A entrevista foi iniciada com um exercício de evocação de palavras.

Dados Sócio demográficos:

- Sexo
- Idade
- Religião
- Estado civil
- Número de filhos
- Situação empregatícia/ Ocupação

ROTEIRO DE ENTREVISTA: QUESTÕES PRELIMINARES

(“SER ONCOLOGISTA”)

- No início da entrevista, o participante é solicitado a fazer uma evocação de palavras sobre “ser oncologista”

– Fale as primeiras palavras que vêm à sua cabeça quando você pensa em

ONCOLOGIA.

– Escolha uma palavra ou expressão dentre as que você citou e que considera a mais importante. – Justifique sua escolha

1. O que o (a) fez escolher a medicina?) E o que o (a) fez escolher a oncologia como especialidade médica?
2. Poderia descrever o que é ser oncologista para você?
3. Quais os atributos que você considera importantes para um oncologista competente?
4. O que você acha necessário para alcançar esse ideal de competência, esses atributos?
5. Você vem alcançando esses ideais ou esses atributos? Como?
6. Fale um pouco sobre os sentimentos mais presentes no seu cotidiano profissional.
7. Você poderia me falar que situações são mais difíceis em seu cotidiano de trabalho?

Exemplifique.

8. Como você enfrenta esse tipo de situação? Como age? Busca alguma ajuda?

Conversa com

alguém?

(MORTE)

➤ Evocação de palavras sobre morte:

– Fale as primeiras palavras que vem à sua cabeça quando você pensa em MORTE.

– Escolha uma palavra ou expressão dentre as que você citou e que considera a mais importante.

– Justifique sua escolha

9. Fale o que é morte para você.

10. Como você lida com a morte na sua vida?

11. Você já perdeu algum paciente? Como se sentiu? (ou no caso de não ter perdido como acha que se sentirá?).

12. Como você reage depois da morte de um paciente? Descreva o seu sentimento.

12.1 Você conversa com alguém? O que faz para ficar bem? Busca algum tipo de ajuda?

13. Como lidar com a morte influencia no seu trabalho?

(O CONTATO COM O PACIENTE TERMINAL)

14. Como você se sente quando o paciente vai começando a não responder ao tratamento, vai se agravando, entrando num prognóstico reservado?

15. Você poderia falar como foi o seu primeiro contato com um paciente terminal?
 16. Como você acha que o oncologista deve lidar com um paciente terminal?
 17. Como você se sente quando lida com pacientes terminais?
 18. Quais são suas dificuldades para lidar com esses pacientes? Você tem dificuldades na comunicação do diagnóstico, prognóstico com o paciente e a família?
 19. Na sua prática, você trabalha com os princípios dos cuidados paliativos? Conhece-os? O que acha deles?
 20. O que você apontaria no seu cotidiano de trabalho como gratificante?
 21. Qual o seu grande aprendizado, trabalhando próximo da morte?
- (breve parada para convidar o participante a construir “cenas”)

➤ USO DAS “CENAS”

É solicitado que o entrevistado feche os olhos e entrem em contato com a respiração, tomem consciência de como estão nesse momento, em seguida iniciamos as instruções para a construção das “cenas”:

Cena 1:

Crie uma cena onde **você é o oncologista** e está com um paciente grave, próximo da morte. Imagine uma situação onde vocês se encontram, as particularidades da relação que você tem com ele: quais seus sentimentos, como você age, como está sendo esse contato? Tem mais alguém na cena? O que acontece? Qual o desfecho? Descreva com o máximo de detalhes. Tente mergulhar nessa situação imaginária como se fosse real.

- ✓ É pedido, após alguns minutos, que abra os olhos e descreva a cena em um papel, com o máximo de detalhes possível.
- ✓ O entrevistado é convidado a fazer comentários sobre o exercício e, em seguida, repetimos a orientação anterior para a construção de outra cena

Cena 2:

Crie um cenário onde **você é o paciente**, está vivenciando grande dor e sofrimento, e tem uma relação ruim com o seu oncologista. Imagine a situação de sofrimento e as características da relação com o médico: o que você sente, como age, como ele também age. Descreva com o máximo de detalhes.

- ✓ Segue com comentário sobre o a cena 2 e depois finalizamos a entrevista com as seguintes questões:

22. Você acrescentaria algo que não foi perguntado? Gostaria de dizer mais alguma coisa

23. Como se sentiu participando desta entrevista?