



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO DE PSICOLOGIA

A RELAÇÃO ENTRE MÉDICO E PACIENTE TERMINAL

GABRIELA BARROS DE ARAÚJO

BRASÍLIA-DF
NOVEMBRO/2005

GABRIELA BARROS DE ARAÚJO

**A RELAÇÃO ENTRE MÉDICO E
PACIENTE TERMINAL**

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Psicologia do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília, na Faculdade de Ciências da Saúde – FACS, sob a orientação do Professor Dr. Fernando González Rey.

Brasília-DF, Novembro de 2005

Dedico esta monografia aos meus pais que além de proporcionarem a realização do meu sonho, fizeram dele um sonho pessoal. Esta vitória também é de vocês!

Agradeço primeiramente a Deus pela força no decorrer da caminhada; aos pacientes do Hospital de Base de Brasília, que todos os dias me ensinaram como superar os obstáculos; à Vera e à Marizélia pelo cuidado que sempre tiveram comigo, participando não apenas do meu crescimento profissional mais acima de tudo do pessoal e por me ensinarem algo que está muito além dos livros: o amor acima de toda teoria; aos meus amigos da Rede Feminina de Combate ao Câncer, que compartilharam comigo sentimentos e experiências que estarão marcadas para sempre na minha prática profissional. Ao meus queridos colegas de curso, principalmente à Carol e à Carmel que viveram comigo esse cinco anos de estudos, alegrias, medos, esperanças e companheirismo; ao meu pai, pela confiança no meu potencial e por me ensinar a sempre querer o melhor para mim; a minha amada mãe, por sempre me apoiar nos momentos mais difíceis da minha vida, tornando-se o meu porto seguro e os braços aonde eu sei que sempre vou encontrar um amor incondicional (tudo o que eu sou hoje é graças a você); aos meus irmãos por terem compartilhado comigo todos os momentos difíceis e alegres, e ao meu amado namorado Zé Luiz, que tem me ensinado coisas sobre a felicidade e o amor, os quais eu jamais imaginei, e pela horas de dedicação e paciência, acreditando no meu trabalho e acima de tudo em mim, construindo comigo página por página este trabalho.

SUMÁRIO

Resumo	6
Introdução	7
Capítulo I – Capítulo Teórico	10
Capítulo II – O Método de Pesquisa	21
2.1 – Fundamentos da Opção Metodológica.....	21
2.2 – Descrição dos Instrumentos Utilizados.....	24
2.3 – Construção da Pesquisa.....	26
2.4 – Método de Análise.....	28
Capítulo III – Construindo a informação	29
3.1 – Apresentação.....	29
3.2 – Reflexão.....	30
3.3 – Construção.....	31
Conclusão	39
Anexos	41
Anexo I – Dinâmica Conversacional	42
Anexo II – Consentimento Livre e Esclarecido	46
Anexo III – Complemento de Frases.....	47
Referências Bibliográficas.....	49

RESUMO

O presente trabalho propõe uma reflexão sobre os aspectos envolvidos na relação entre médico e paciente terminal. Para tanto foi utilizado um estudo de caso que possibilitou compreender não só o relacionamento em si, mas as suas diversas características como: neutralidade, formação, (in) comunicação e o fracasso. O trabalho inicia-se com uma fundamentação teórica, seguida por uma descrição metodológica da pesquisa para finalmente construir a análise da informação, que, terá como base uma análise construtiva interpretativa, conseqüentemente, proporcionado uma melhor compreensão dos aspectos da pesquisa.

INTRODUÇÃO

Iniciou-se, com a presente pesquisa, um estudo que surgiu no decorrer de três anos consecutivos de estágio na Rede Feminina de Combate ao Câncer de Brasília (R.F.C.C), um entidade não governamental empenhada no apoio social e emocional de mulheres portadoras de câncer de mama e ginecológico, que estão em tratamento no 5º andar do Hospital de Base de Brasília (HBDF), em estágios diferenciados da doença.

No decorrer desses três anos de estágio, acompanhou-se a luta dessas mulheres para enfrentar algo que consumia seus corpos e suas almas; algo que vinha definhando não só à elas e seus familiares, mas também a uma equipe de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e demais profissionais que tinham contato com esse tipo de paciente.

Diante da realidade da finitude da vida desses pacientes, houve um processo reflexivo sobre a relação entre eles e os profissionais as área de saúde envolvidos, onde, o objetivo de seus estudos – a cura – não seria alcançado.

A grande maioria dos estudos desenvolvidos atualmente, devido à pesquisa sobre o tema abordado nesse trabalho, demonstram somente as opiniões e sentimentos dos pacientes e seus familiares. O dia-a-dia dessas pessoas dentro do hospital e em relação ao tratamento adotado pelos médicos.

Contudo, tais estudos não abordam e registram o lado do profissional médico envolvido no tratamento. Suas impressões, sentimentos e frustrações. Sua interligação com o paciente. O lado humano de uma relação desigual entre duas pessoas, onde uma precisa da ajuda e não dispõe de meios para tanto e a outra busca a melhor forma de ajudá-la com o conhecimento e prática que lhe foram passados. O envolvimento emocional e psicológico entre o paciente e o médico.

Surgiu, então, o interesse por um estudo que abordasse a importância de compreender, principalmente, os sentimentos e atitudes desenvolvidos pelos médicos ao lidarem diariamente com esses pacientes.

Esses sentimentos foram analisados e retratados a partir da formação atual de um profissional de medicina, o que nos remete a tentar entender a morte em um contexto cultural, como é tratada e vivenciada por todas as pessoas envolvidas.

O convívio intenso com esse tipo de relação, muitas vezes demonstrou que a atuação do médico é permeada por uma mentalidade tecnicista, que, na prática,

acaba por encarar o corpo humano quase como sendo apenas uma máquina, o que resulta em um julgamento errôneo e precipitado.

Com esse estudo, descobriu-se que essa forma predominantemente técnica de agir do profissional médico decorre, principalmente, da formação que lhe é imposta durante seus anos de aprendizado. Grande parte da doutrina médica aborda essa relação médico-paciente, que resulta na morte do segundo, priorizando o lado técnico e profissional, afastando o envolvimento emocional e psicológico. Retrata o médico mais como uma máquina capaz de solucionar o problema, ou, ao menos tentar, esquecendo-se de que se trata de um ser humano tratando outro.

Refletindo muitas vezes sobre essa relação e a atuação médica nesses casos, questionou-se os motivos que levam estudantes a optar pela carreira médica, que, em grande parte envolve, além do desejo de ajudar, salvar e cuidar do paciente, o de cura, como finalidade de seus esforços e dedicação a anos de estudos e prática.

De certo modo esse desejo de cura, como finalidade, é uma forma que o médico busca de não entrar em contato com as experiências dolorosas que a morte pode trazer, porque o contato mais profundo traz à tona a sua própria finitude e a sua mortalidade.

Na sua rotina o médico é submetido diariamente à tensão de ser responsável por aqueles pacientes hospitalizados. Além dessa tensão, o convívio com a imprevisibilidade da morte, o remete a uma impotência na qual tem que aprender a lidar, representando, muitas vezes, um fracasso profissional e até pessoal.

Analisando esse contexto, foi fácil compreender que a negação desses profissionais a tratarem esse tipo de paciente, surge como um mecanismo de defesa para não entrar em contato com uma realidade que lhe traz uma série de sentimentos ruins, de difícil elaboração e convivência.

O grande contexto em que a medicina está envolvida hoje, as suas grandes descobertas técnicas cada vez mais avançadas para tratar cirurgicamente o paciente e até a farmacologia, coloca o médico num lugar que, além de profissional, ele passa a ser um herói que pratica uma arte baseada predominantemente na cura.

Isso se evidencia pelas diferenças existentes principalmente entre a medicina oriental e a ocidental. Aquela busca essencialmente um tratamento constante e a longo prazo, baseado no bem-estar do ser humano.

Assim, como o acompanhamento médico é sempre constante, o profissional de medicina não se “assusta” com casos graves e com doenças e doentes em estados avançados. A relação médico-paciente é constante, facilitando o entendimento do ciclo da doença, quando existente, a compreensão da finitude do paciente e o resultado final que, em alguns casos, resulta não na cura, mas sim, na morte da pessoa.

Na medicina ocidental, em contrapartida, muito pela formação cultural da própria sociedade em não buscar um cuidado constante com a saúde, o paciente quando busca atendimento médico, muitas vezes, já se encontra com a doença em estado avançado, tornando os esforços do profissional de saúde em atingir a cura, infrutíferos e frustrantes.

A percepção da finitude da vida humana é encarada de forma muito mais gritante e alarmante. Afeta o emocional do profissional médico e o seu manejo na elaboração de conteúdos em conflito.

Com a necessidade de compreender os componentes envolvidos e a realidade dentro do contexto descrito acima, buscou-se o desenvolvimento de uma pesquisa para esclarecer melhor o relacionamento desenvolvido entre o médico e o paciente terminal.

Procurou-se, então, direcionar a pesquisa de um modo que o subjetivo desenvolvido, desde a formação médica até a sua prática atual, pudesse emergir da melhor forma possível, visando uma compreensão mais apurada da problemática colocada.

O enfoque teórico prioriza a construção do subjetivo, entendendo este como uma integração entre a subjetividade individual e a subjetividade social, para assim desenvolver uma melhor compreensão qualitativa.

A percepção necessária para a presente pesquisa viabilizou-se por meio de um intenso processo reflexivo, configurado na busca da compreensão dos aspectos emocionais envolvidos no estabelecimento do relacionamento e promovendo o entendimento das diversas atitudes e sentimentos dessa relação, tais como: neutralidade, (in)comunicação, medo, negação, vergonha, fracasso, culpa. Tudo com o objetivo de configurar o sentido e os significados que estão envolvidos, direcionando para a compreensão de tais aspectos.

A busca de um “novo olhar” se fez presente nessa pesquisa, a fim de melhor entender a complexidade envolvida na realidade vivida tanto pelo pesquisado,

quanto pelo pesquisador. Esse novo enfoque está, em grande parte, direcionado para a compreensão do seu cenário subjetivo, usando como meio, método de pesquisa que melhor conduza a compreensão do ser humano em sua totalidade e complexidade.

Contudo, surge uma inquietação decorrente de vivências que levaram a um processo reflexivo necessário, para assim poder desenvolver a necessidade de buscar um caminho, que melhor possa compreender as diversas facetas que envolvem o ser humano num relacionamento em que diferentes aspectos estão relacionados e emergem, principalmente, em consequência de defesas e de processos culturais.

CAPÍTULO I

Capítulo Teórico

A prática médica é, provavelmente, uma das profissões mais antigas do mundo. Há indícios que mesmo os povos da antigüidade, como os do Egito e da Mesopotâmia já realizavam operações complexas.

Os gregos foram pioneiros no estudo das doenças, onde segundo Lima (2003)

(...) a sua cultura foi a primeira a se basear no primado da inteligência, ou seja, na supremacia do espírito de livre capacidade e livre exame. O entendimento entre as pessoas e o pensamento lógico e científico superavam a fé nos deuses, a superstição e a ignorância. (p. 37).

Eles tiveram como mestre, Hipócrates, considerado atualmente como o pai da medicina.

Outro povo que teve, também, um grande conhecimento da medicina, foram os romanos, com Galeano, onde suas pesquisas nunca se voltavam para o funcionamento do corpo, mas sim porque o fenômeno ocorria; o que favoreceu o desenvolvimento de um sistema pragmático de medicina filosófica em lugar ao raciocínio científico de Hipócrates.

Após Hipócrates e Galeno, a medicina teve poucos avanços. Na Idade Média, era comum que o médico procurasse curar praticamente todas as doenças utilizando o recurso da sangria, feita, principalmente, com a utilização de sanguessugas. Porém, neste período os conhecimentos avançaram pouco, devido a uma forte influência da Igreja Católica, que condenava as pesquisas científicas.

No período do Renascimento Cultural (séculos XV e XVI) houve um grande avanço da medicina. Movidos por uma grande vontade de descobrir o funcionamento do corpo humano, médicos buscaram explicar as doenças através de estudos científicos e testes de laboratórios.

Segundo Lima (2003),

(...) este movimento superou o costume medieval que até então mantinha grande parte da população em estado de ignorância e passividade. Uma das principais características deste período foi o renascimento do conceito de dignidade de cada indivíduo e um desejo por liberdade. (p. 75)

Mesmo sendo tão antiga e ter se desenvolvido através da história, como ciência médica, na forma que conhecemos hoje, a medicina se encontra apenas em seu segundo século de existência. A medicina, como arte, tem suas raízes em épocas pré-históricas, enquanto a científica pode ser considerada apenas durante o Século XIX, sendo resultante do crescimento e progresso das ciências naturais.

Na história quem praticava a medicina eram os feiticeiros, os xamãs e os sacerdotes dos templos. Segundo Lima (2003, p. 15), “a medicina, até então empírica e instintiva, passou a ser exercida dentro de um conceito religioso e mágico. Forças sobrenaturais eram aceitas como causadoras de doenças e magia era a principal forma de tratamento”. Eles utilizavam diversos recursos e perícias herdadas, até que a física, a química e a biologia transformaram o médico em praticante da ciência aplicada.

No Século XX houve um enorme desenvolvimento da ciência da medicina, pois foi possível, através dos conhecimentos da física e da química e pela adaptação de métodos científico-naturais, um estudo mais concreto e um aperfeiçoamento dos cuidados do corpo humano e suas patologias. Tais conhecimentos foram de grande valia para a construção de um bom diagnóstico e para terapia que conduziram ao domínio de muitas enfermidades, a um melhor controle de outras, assim como a um considerável aumento na expectativa de vida. Segundo Lima (2003, p.23), “através da ciência, o homem busca a perfeição e o domínio de tudo, buscando a onipotência podendo até ignorar a humildade, embriagado pelo conhecimento e pela vaidade”.

A medicina atual dispõe de várias drogas capazes de curar, controlar e até mesmo evitar inúmeras doenças. Aparelhos eletrônicos sofisticados são capazes de fazer um diagnóstico apurado, passando informações importantes sobre o paciente e sua doença. Com todo o conhecimento, a medicina hoje propicia uma visão mais ampla e concreta dos problemas humanos. Segundo Morais (1997, p. XVII), “a medicina está situada na confluência de várias ciências e se apresenta com muitas técnicas aprimoradas por significativo contingente de arte”.

Os profissionais da medicina são resultado de uma formação árdua, onde o intelectual e o treinamento prático são conseguidos através de anos de estudos e dedicação. Segundo Morais (1997, p. XVII) “o estilo de vida que ela proporciona tem caráter sacerdotal, não pela gratuidade de seu serviço, mas pela devoção que ele exige”.

Podem ser várias as razões que levam uma pessoa a ingressar na medicina. Uma parte com certeza se identifica com a doença e sente satisfação em ajudar pessoas. É claro que é preciso considerar as ordens práticas que a medicina está envolvida. A medicina é uma ocupação de *status* elevado e é relativamente bem remunerada. Se nos lembrarmos dos médicos aos quais tivemos contato ao longo de nossa vida, eles virão à nossa mente como se incorporasse os próprios ideais da profissão médica, tais médicos criam um ambiente quase mágico ao seu redor.

Nesse contexto surge o relacionamento médico-paciente em circunstâncias específicas. Onde, segundo Kay e Tasman (2002, p.3) “a relação médico-paciente é definida como o encontro entre um especialista e alguém que procura ajuda para esclarecer, compreender e resolver seu problema.”

Está no cerne da Medicina a ligação essencial com o humano. Há nela todo um resumo da magnífica experiência humana: sofrimento, alegria, dor, cura, fé, esperança, caridade, vida e morte. E é o primeiro que faz a ligação entre o paciente afligido e o médico que pode aliviá-lo. Tahka (1988, p.22) diz que “este relacionamento é também um instrumento usado para fazer o paciente desejar cooperar quanto tanto possível com o médico, na superação de sua doença”.

Na evolução da vida, após o homem, emerge o médico. Ao lidar com a doença, ele tenta debelar aquela que antecedeu a própria medicina. Tem, diante de si, um paciente sofrido buscando conforto, compreensão e cura. Não é um cidadão comum. Trata-se de alguém física, orgânica, afetiva e psicologicamente combatido, que está doente por inteiro e não parcialmente, restrito a um único mal. E é este estado geral de sofrimento que o impele a solicitar ajuda médica e o converte numa pessoa humana enferma, na maioria das vezes portadora de uma regressão à infância.

Sobre o fenômeno da regressão, Tahka (1988, p.34) diz que “é a substituição de funções de personalidade de origem mais tardia por outras desenvolvidas primitivamente. Quando formas de adaptação mais adultas fracassam em manter o equilíbrio a personalidade, o homem recorre a formas de adaptações mais primitivas”.

Hospitais, medicamentos, operações ou procedimentos cirúrgicos, técnicas de diagnóstico, enfermagem, formação, ensino médico e laboratórios devem estar voltados para esta pessoa humana, em complementação ao relacionamento que ela estabelece com o médico. Este, ao contatar com o paciente, precisa ter em mente

esta dimensão total. Diante dele não estão somente as multifaces da doença, e sim todos os graus de alienação a que o paciente está subordinado por sua inserção na sociedade contemporânea. (Estão o paciente e todas as suas circunstâncias históricas.) O processo do relacionamento médico-paciente se constitui do interior de um para o interior do outro.

Para que esta interpenetração ocorra, propiciando uma profunda identificação, cabe ao médico reverter em aceitação e esperança, a recusa do paciente em se submeter ao sofrimento. Desta forma, o relacionamento se assemelha a uma construção, que não pode prescindir da colaboração de ambos.

Todas essas características e implicações fazem com que o relacionamento médico-paciente se destaque entre os demais. O fato de ter como ponto de encontro o sofrimento, e ser este o elo entre a humanidade e o médico e de ter como objetivo maior a preservação da vida e a luta por transformá-la em existência, o distingue sobremaneira dos demais tipos de relacionamento.

Para estabelecer um bom relacionamento com o seu paciente o médico tem que desenvolver a capacidade de estabelecer a empatia com a experiência de seu paciente, ou seja, como coloca Kay e Tasman, ver o mundo pelos olhos do paciente.

O médico, pode-se dizer, representa a própria síntese da humanidade. É a ele que convergem os conhecimentos científicos, os aspectos mitológicos do inconsciente coletivo, o sofrimento humano, as problemáticas políticas, econômicas e sociais, a tristeza e a alegria do mundo. A ele não é dado desligar-se desta realidade, mesmo quando, em vão, tenta recorrer ao isolamento, refugiando-se num mundo somente seu.

Entre as facetas da habilidade humana, necessárias ao cultivo de um bom médico, estão os princípios morais e éticos, o poder de atenção e a priorização ao paciente, sem interposição de si próprio. A doença, muitas vezes, conta com seus segredos, através de um parêntese causal.

O médico deve ter em mente que o paciente deseja ser tratado como um ser humano igual, quer ser mantido razoavelmente informado, teme o abandono ou a negligência, e nunca pode ser visto como um ser isolado, desenraizado: ele é sempre o paciente, inserido na família, na comunidade, no universo.

Para Tahka (1988),

(...) compreender o relacionamento médico-paciente característico de cada paciente individual é condição necessária para fazer esse relacionamento

funcionar de maneira que seja benéfica para o paciente. Levar em conta e respeitar a individualidade de outras pessoas, mesmo em condições comuns, é um dos pré-requisitos para a cooperação humana. (p.23).

A prática médica hoje dispõe de alta tecnologia e rápida movimentação de pacientes, conseqüentemente a educação da relação médico-paciente geralmente é negligenciada.

Logo que começa os seus estudos na faculdade, o jovem estudante se depara com aulas de anatomia, onde o ser humano é visto como “peças”, que são segmentos de um corpo e que, a princípio, não têm impacto emocional, para logo em seguida se deparar com um então cadáver inteiro, com a cabeça raspada e fixado no formol, entrando em contato com a morte despersonalizada, sem identidade e sem história.

Segundo Morais (1997, p.5), “na mente do aluno permanece aquela imagem mais virtual do que propriamente real, parecendo mais uma peça do que seu semelhante”. São ossos, músculos e nervos que são cortados e examinados com frieza e objetividade.

Com o passar dos anos, os estudantes entram em contato, nas salas de autópsias, com o cadáver com cabelos, sem a conservação do formol e com sangue a escorrer de seu corte. Nesse momento há o primeiro contato real com o sofrimento.

Assim segue o treinamento onde o estudante conhecerá o homem “normal” e as alterações causadas pela doença. Inicia-se então uma série de etapas de seus estudos, que começam com os estudos de clínica e termina com os plantões em hospitais. Aqui, Klafke (citada em Cassorla, 1991) enfatiza três formas de dicotomia que merecem ser citadas:

a) Órgão-corpo (parte-todo) – O ensino é composto de disciplinas que normalmente são ensinadas de modo estanque, como se elas tivessem um fim em si próprias. Cada disciplina aborda um órgão, sistema. Patologia ou terapêutica específica. Em suma, divide-se a pessoa em pequenos pedaços. E a cada um corresponde um ensino específico, tendo-se a ilusão de que a simples soma das partes compõe o todo. No entanto o homem não é soma das partes, e o todo, muitas vezes, faz com que inclusive as partes se comportem de forma diferente.

- b) *Corpo-mente* – O ensino médico, em primeiro lugar, enfatiza que a doença tem de ser procurada no corpo. Encontrando-a, a causa e o tratamento também deve localizar-se aí, no local afetado. No entanto sabemos hoje que as doenças não são, na realidade, nem físicas nem psíquicas, mas sim resultantes de ambos os aspectos, devendo-se incluir ainda os aspectos sociais. Uma doença sempre afeta o homem todo.
- c) *Doente-doença* – A ênfase é colocada no tratamento da doença, ficando a pessoa doente em segundo plano. Nesse sentido, é dada mais importância à rotina hospitalar, aos cuidados com a técnica, do que aos cuidados com a pessoa. Fala-se, por exemplo, do câncer de pulmão que está no quarto tal, sem nenhuma referência à pessoa portadora da doença. (p. 27).

Todas essas dissociações são construídas pela ênfase dada ao diagnóstico, tratamento e cura do doente e não à pessoa como um todo, fazendo parte de um modelo no qual se acredita que saúde é a “ausência de doença”. Analisando esse tipo de ensino, o médico não está preparado para lidar com um determinado tipo de paciente: o paciente terminal; onde a cura não será alcançada, colocando em xeque a finalidade de todos os seus estudos e da própria relação desenvolvida.

Neste momento o profissional de medicina passa a enfrentar a questão da morte, que é uma preocupação universal para o homem em todas as épocas sociedades, crenças religiosas, níveis culturais e econômicos.

Os médicos, consciente ou inconscientemente, vêem a “cura” como o único resultado aceitável; entretanto na maioria dos estados mórbidos da medicina moderna, tal resultado é inatingível.

A morte pode assumir, assim, as mais diversas formas de se relacionar com os mais diversos fatores. Stedeford (1986, p.49) explica que “na maioria, as pessoas, conscientes ou inconscientes, estão programando a próxima etapa de suas vidas e jamais meditam sobre a morte. São raros os que pensam um pouco mais sobre isso ou a aguardam prazerosamente.”

Quando retrocedemos no tempo e estudamos as representações de morte do Século XI ao XX, percebemos que o ser humano a aceitava de diversas formas. O historiador Philippe Ariés (1977), por exemplo, escreveu que a morte representava uma variante essencial na experiência humana, mas também é relativa, tendo em vista que as relações do homem se alteraram pela maneira como aquela o atinge.

Na época medieval, o homem sabe quando vai morrer pela presença de avisos, signos ou convicções internas. A morte era esperada no leito, sendo autorizada a presença de parentes, vizinhos, amigos e até crianças. Havia uma aceitação dos ritos, que eram cumpridos de forma cerimonial, mas sem dramatização excessiva. Segundo Áries (1977, p.45), “o espetáculo dos mortos, cujos ossos afloravam à superfície dos cemitérios, como o crânio de Hamlet, não impressionava mais os vivos que a idéia de sua própria morte. Estavam tão familiarizados com os mortos quanto com sua própria morte”.

Durante a segunda fase da Idade Média, ou seja, a partir dos Séculos XI e XII, o homem passa a se preocupar com a própria morte e com o que acontece depois. Ariés (2003, p.46) diz que “não se trata de uma nova atitude que irá substituir a anterior, mas sim de modificações sutis que, pouco a pouco, darão um sentido dramático e pessoal à familiaridade tradicional do homem com a morte”.

É a preocupação com o julgamento e com o medo de ir para o inferno. As grandes tentativas da época se referiam ao apego às coisas terrestres: família, objetos materiais, etc. O homem busca garantia para o além, através de ritos de absolvição, oração aos mortos, donativos, missas, ex-votos e, principalmente, os testemunhos, como forma de doar seus bens. É o tempo também que configura a vida na morte. O cadáver tem segredos da vida e da morte e mantém uma certa sensibilidade, um resíduo de vida; pelos e unhas crescem e há secreções. Esse é o argumento da imortalidade da alma.

As superstições populares indicam que o corpo, depois da morte, ainda ouve e lembra. Torna-se difícil separar o natural do sobrenatural, e ossos passam a ser amuletos para proteção desses fenômenos estranhos.

A morte aparente se torna o grande medo dos Séculos XVII e XVIII: o de ser enterrado vivo. É a confusão entre a vida e morte. O pânico passa a ser o despertar dentro do túmulo. Surgem vários ritos e cerimônias para atrasar os enterros, como, por exemplo, os velórios de 48 horas. A morte só é real quando começa a decomposição.

A morte do Século XIX, contudo, é a morte romântica. É considerada bela, sublime repouso, eternidade e a possibilidade de uma reunião fraternal. Ela passa a ser desejada.

Segundo Ariés (1977),

(...) a partir do século XVIII, o homem das sociedades ocidentais tende a dar à morte um sentido novo. Exalta-a, dramatiza-a, deseja-a impressionante e arrebatadora. Mas, ao mesmo tempo, já se ocupa menos de sua própria morte, e, assim, a morte romântica, retórica, é antes de tudo a morte do outro.
(p. 64)

A morte desse período traz a possibilidade de evasão, liberação, fuga para ao além, mas, também, a ruptura insuportável e a separação. É ainda a possibilidade de reencontro, no além, de todos os que se amavam. Havia uma crença na vida futura. O medo predominante desse período eram as almas do outro mundo, que vinham molestar os vivos, provocando todo o tipo de superstições.

O Século XX nos traz a morte vergonhosa, como fora o sexo na era vitoriana. A morte já não pertence à pessoa, tira-se a sua responsabilidade e depois a sua consciência. A sociedade atual expulsou a morte, para proteger a vida. Já não há mais sinais de que uma morte ocorreu. A característica do século atual é dar a impressão de que “nada mudou” – a morte não deve ser percebida. A boa morte atual é a que era mais temida na Antigüidade, a morte repentina, não percebida.

A morte que é “boa” é aquela em que não se sabe se o sujeito está vivo ou não. Segundo Ariés (1977, p.90), “uma causalidade imediata aparece prontamente: a necessidade da felicidade, o dever moral e a obrigação social de contribuir para a felicidade coletiva, evitando toda causa de tristeza ou aborrecimento, mantendo um ar de estar sempre feliz, mesmo se estamos no fundo da depressão”.

Hoje se fala sobre um doente, mas o que reina à sua volta, é o silêncio. Não se fala sobre a morte; ignora-se o seu fim próximo. A decomposição que ocorria antigamente após a morte, passa a ocorrer antes da morte, por causa de doenças longas, intermináveis e degenerativas.

Segundo Kübler-Ross (1969),

(...) há muitas razões para se fugir de encarar a morte calmamente. Uma das mais importantes é que, hoje em dia, morrer é triste demais sob vários aspectos, sobretudo, é muito solitário, muito mecânico e desumano. Às vezes, é até mesmo difícil determinar tecnicamente a hora exata em que se deu a morte. (p. 11)

Essa relação, atualmente, é caracterizada pelo medo e pelo silêncio típicos da negação.

Observa-se então, que a morte saiu das casas e se instalou nos hospitais. Hoje não se morre mais em casa, porque cada vez menos existem condições de tratar um doente no ambiente doméstico, uma vez que a medicina moderna viabiliza tratamentos que até pouco tempo não eram possíveis. O hospital se especializou em receber pessoas doentes e devolver a elas a sua saúde perdida, podendo cada vez mais, lidar com a doença e salvar vidas.

Nossa sociedade lida com a morte através da tentativa de excluí-la do seu cotidiano. Essa estratégia também se repete no trabalho dos profissionais de saúde. A situação não poderia ser outra. Uma vez que a morte deve ser recusada, deve-se, também, negar aquela parte da realidade que impele o sujeito/profissional a se defrontar com o inexorável da finitude: a morte do paciente.

Autores como Kastenbaum e Aisenberg (1976) observam que o fundamental para toda a equipe médica é manter o doente vivo e, por isso, conversar sobre a morte seria visto como algo extremamente inconveniente, visto que tal gesto pode ser considerado como uma forma de aceitá-la.

Essa dificuldade na aceitação leva à exclusão e transformação das emoções, através da racionalização da técnica científica, aparentemente necessária para o bom desenvolvimento do trabalho. Estamos falando da “neutralidade”, a qual justifica a falta de relacionamento com o paciente, protegendo o profissional do sofrimento frente à morte do outro.

Esse tipo de prática é freqüentemente reforçada pelo tecnicismo. A relação médico-paciente, muitas vezes, passa a ser medida por máquinas ou exames que geralmente se convertem em mais um recurso para o médico poder se afastar do paciente terminal, do que num instrumento para a melhoria de vida deste.

Como Kubler-Ross questiona, o fato de nos concentrarmos em equipamentos e em pressão sanguínea não seria uma tentativa desesperada de rejeitar a morte eminente, tão apavorante e incômoda, que nos faz concentrar nossas atenções nas máquinas, já que elas estão menos próximas de nós do que o rosto amargurado de outro ser humano a nos lembrar, uma vez mais, nossa falta de onipotência, nossas limitações, nossas faltas e, por último mas não menos importante, nossa própria mortalidade.

Na medida em que o médico abre mão das suas emoções, usando como escudo um espécie de “neutralidade científica”, o paciente é transformado num

objeto, e seu corpo passa a ser considerado um meio através do qual se podem observar “fenômenos” científicos.

Ele não é mais visto como pessoa, o que possibilita, assim, que seja submetido, pela equipe médica, a uma variedade de humilhações. Não lhe é permitido manter um mínimo de privacidade.

Segundo Kübler-Ross (1969)

(...) quando uma pessoa está enferma é quase sempre outra pessoa quem decide sobre se, quando e onde um paciente deverá ser hospitalizado. Custaria tão pouco lembrar-se de que o doente também tem sentimentos, desejos, opiniões e, acima de tudo, o direito de ser ouvido. (p.12)

Tudo deve ser deixado de lado em nome do desenvolvimento do trabalho médico.

O que acontece nesse tipo de relação nada tem a ver com características pessoais do médico que não consegue ver o sofrimento alheio, mas sim um medo na presença de um ser humano que, diante dos perigos de um envolvimento que escaparia do seu controle, por não dispor das ferramentas adequadas para lidar com ele, lança mão dos únicos mecanismos de que dispõe: dissociar a doença daquele que a padece.

Em conseqüência disso, o isolamento das emoções foi o único modo que a medicina encontrou para lidar com a armadilha da profissão médica, que é conviver diariamente com a morte.

Para Stedeford (1984),

(...) É claro que este meio de preservar o isolamento profissional nega ao paciente um ingrediente fundamental no tratamento: o bom relacionamento médico-paciente. Nas minhas pesquisas, os pacientes queixavam-se muito com relação à defesa dos médicos, na área da comunicação. Para muitos isso representa uma falta de interesse ou até mesmo uma insensibilidade humana ou indolência (...). (p. 158).

CAPÍTULO II

O Método de Pesquisa

2.1 Fundamentos da opção metodológica

Analisando o presente estudo e apreciando a perspectiva adotada, percebe-se que para chegar ao objetivo foi necessária uma construção metodológica, onde o método de pesquisa fosse mais ativo e coerente, tanto para o pesquisador, quanto para o pesquisado, ou seja, uma metodologia que garantirá que a construção da informação englobe a compreensão de sentido do sujeito pesquisado, assim como o seu cenário subjetivo.

Este estudo necessita de uma metodologia de pesquisa que desenvolva as questões referentes ao significado, a intencionalidade e as estruturas sociais que estão envolvidas no sujeito analisado.

Para González Rey (2005):

(...)Consideramos a pesquisa qualitativa uma via essencial para a produção de teoria, isto é, para a construção de modelos teóricos de inteligibilidade no estudo de sistemas que não são diretamente acessíveis, nem em sua organização, nem nos processos que os caracterizam à observação externa.
(p. 29).

Refletir sobre o relacionamento médico-paciente, proposta apresentada neste trabalho, requer que o sujeito pesquisado possa se direcionar para a configuração de um sentido subjetivo acerca de suas emoções e as formas de expressão que esse sentido encontra.

Partindo dessa perspectiva, constitui-se a problemática chave para o desenvolvimento e dissertação sobre o tema, onde são envolvidas interações complexas entre os aspectos físicos, psicológicos e ambientais, inerentes à condição humana, bem como uma forma de atribuição de significação e formas de sentido.

Necessário, então, uma proposta de estudo, onde a abordagem escolhida propicie uma ação reflexiva tanto do pesquisado, quanto do pesquisador, que exponha a complexidade da dinâmica de constante construção e também não adote a predição, a descrição e o controle como objetivos finais de pesquisa.

Analisando as diretrizes desejadas pelo modelo metodológico, entende-se a necessidade de um referencial no qual a teoria se desenvolva de modo livre na construção do pesquisador e no decorrer da pesquisa.

A teoria é construída de modo a propiciar um espaço de constante troca entre o empírico e a teoria, indo, assim, segundo Gonzáles Rey (2005), “contra uma metodologia positivista, onde, são ignoradas tudo o que significa produção teórica, idéias modelos e reflexões, apresentando uma recusa de qualquer filosofia, mais do que uma apropriação dela.” (p.01).

Gonzáles Rey (2005), coloca:

A pesquisa qualitativa, é um processo permanente, dentro do qual se definem e se redefinem contentemente todas as decisões e opções metodológicas do decorrer do próprio processo de pesquisa, o qual enriquece de forma constante a representação teórica sobre o modelo teórico em desenvolvimento. Tal representação teórica guia os deferentes momentos da pesquisa e define a necessidade de induzir novos instrumentos e momentos nesse processo, em dependência dos idéias e novos fatos geradores de novas necessidades no desenvolvimento do modelo teórico. (p.81).

A escolha da pesquisa qualitativa é justificada, principalmente, pela busca de uma maneira mais efetiva de confrontação do momento empírico com a teoria, de forma que o desenvolvimento da problemática e os objetivos adotados ganhem vida na interpretação entre o pesquisador e o pesquisado, bem como sobre o cenário subjetivo de ambos.

Sobre essa justificativa, González Rey (2002) coloca:

A diversidade da natureza qualitativa dos processos subjetivos e a enorme complexidade dos processos implicados em sua construção impedem, em termos epistemológicos, sua construção por meio de respostas simples do sujeito diante de instrumentos padronizados. O estudo da subjetividade exige entrar nas formas mais complexas de expressão do sujeito e avançar na construção do conhecimento por vias indiretas e/ou implícitas em nosso objeto de estudo. (p. 40).

A abordagem epistemológica qualitativa tentará trabalhar a problemática em questão por meio de elaborações e construções teóricas, que levem a compreender as várias complexidades apresentadas, em conjunto com o constante desenvolvimento do sujeito pesquisado e do pesquisador.

Gonzales Rey (2005) coloca:

A recuperação do teórico não é uma abstração, ele passa pela recuperação do pesquisador como sujeito. Um dos elementos que definem a condição de sujeito é a reflexão, isto é, a capacidade de produção intelectual permanente no curso da vida e, neste caso, no processo de pesquisa. A produção teórica na pesquisa faz o pesquisador comprometer-se continuamente, implicando sua reflexão constante sobre as informações que aparecem nesse processo. (p. 36).

Outro aspecto relevante sobre a escolha da abordagem qualitativa de pesquisa é fato de que seu processo de construção de conhecimento é, em grande parte, baseado em um processo de diálogo de caráter aberto, priorizando a busca das subjetividades do pesquisado e do pesquisador, com isso construindo um meio, onde o sujeito pesquisado se expresse nessa inter-relação, para que assim possam ser construídas as informações através de uma metodologia de produção de conhecimento.

De acordo com Gonzáles Rey (2005), a emergência do sujeito, tanto o pesquisado, quanto o pesquisador, se fortalece no processo de comunicação, que pretende facilitar a expressão autêntica do sujeito estudado. A participação ativa do pesquisador, com a sua reflexão no próprio curso da pesquisa, está diretamente ligada a outras definições sobre o próprio processo de pesquisa. O processo ativo do pesquisador não é apenas um fato obtido através da boa vontade, mas também “um momento essencial de toda uma aproximação metodológica diferente”.

A problemática do presente estudo foi desenvolvida pelas possibilidades que o médico tem de elaborar novas representações, significados, sentidos, e se utilizar de mecanismos de defesa, quando se trata de um paciente que não explicitará o sucesso de seu tratamento. Por isso é necessário que o cenário da pesquisa se desenvolva, propiciando a construção e o avanço da investigação nas características subjetivas do sujeito pesquisado, não se esquecendo de considerar os aspectos emocionais envolvidos no decorrer da pesquisa.

Analisando o tipo de cenário necessário e a metodologia adotada, conclui-se que a pesquisa se desenvolve num contexto interativo, construído pelo pesquisador, e que contribuiu para que o pesquisado pudesse expor as suas mais diversas formas de representações subjetivas, evidenciando as suas particularidades no relacionamento médico-paciente terminal.

Sobre a construção e a importância do cenário, Gonzáles Rey (2005, citação de Gonzáles Rey, 1999, 2002) coloca:

A pesquisa qualitativa também envolve a imersão do pesquisador no campo da pesquisa, considerando este como o cenário social em que tem lugar o fenômeno estudado em todo o conjunto de elementos que o constitui, e que, por sua vez, está constituído por ele. O pesquisador vai construindo, de forma progressiva e sem seguir nenhum outro critério que não seja o de sua própria reflexão teórica, os distintos elementos relevantes que irão se configurar no modelo do problema estudado. (p. 81).

No decorrer da pesquisa, então, o pesquisador e o pesquisado estarão centrados numa espécie de interjogo de suas subjetividades, visando uma atmosfera que propicie cada vez mais a emergência da reflexão necessária para o desenvolvimento da problemática em questão.

O motivo dessa explicitação do cenário de pesquisa, de acordo com Gonzáles Rey (2005), “é um momento importante no projeto de pesquisa, pois sem essa etapa o pesquisador não elaborará caminhos para se aproximar do sujeito pesquisado, porque, na pesquisa qualitativa, diferentemente da quantitativa, o sujeito não é um indivíduo que irá participar da pesquisa, mas sim uma reflexão de como se constitui a sua subjetividade”.

Segundo Gonzáles Rey (2002), “o cenário pretendido nessa pesquisa é voltado para um momento interativo e para um processo dialógico, que proporciona, além de um momento configuracional para o sujeito, a expressão rica e contraditória de que o sujeito pesquisado experimenta em face dos momentos em que vive no desenvolvimento e decorrer da pesquisa”.

2.2 Descrição dos instrumentos utilizados

Gonzáles Rey (2005) coloca que “o uso de instrumentos pode ser comparado com o momento de uma dinâmica, onde o grupo ou pessoa pesquisada convertem o espaço social da pesquisa em um espaço portador de sentido subjetivo”. A pesquisa existe dentro da relação e em torno de seus objetivos concretos de conhecimento, os quais não serão, necessariamente, o aspecto dominante para os participantes em tal espaço. Para o pesquisado, o espaço de pesquisa vai desenvolver novas

necessidades, o que levará ao permanente relacionamento entre o profissional, o científico e o pessoal no interior desses espaços.

A utilização de instrumentos deve possibilitar o acesso a aspectos relevantes para a constituição da subjetividade do sujeito pesquisado, que, na maioria das vezes, são expressadas além da consciência do indivíduo.

Para construir de maneira almejada o presente estudo, o instrumento adotado deve objetivar a expressão da subjetividade do sujeito pesquisado, criando um espaço que propicie a relação entre o sujeito pesquisado e o pesquisador.

Analisando o presente estudo, juntamente com os objetivos, será adotada a técnica de pesquisa de conversação, onde o participante atua de forma reflexiva, ouvindo e elaborando hipóteses por intermédio de posições assumidas por ele e sobre o tema de que se ocupa.

A conversação permitirá a efetivação da pesquisa por meio de encontros, onde a reflexão dos processos subjetivos ganha uma natureza livre e aberta, excluindo a predição, a descrição e o controle como processo ou objetivos da pesquisa.

Gonzáles Rey (2005) coloca:

Nesse processo, tanto o sujeito pesquisado como o pesquisador integram suas experiências, suas dúvidas e suas tensões, em um processo que facilita o emergir dos sentidos subjetivos no curso da conversação. A conversação vai tomando formas distintas, nas quais a riqueza da informação se define por meio de argumentações, emoções fortes e expressões extraverbais, numa infinita quantidade de formas diferentes, que vão se organizando em representações teóricas pelo pesquisador. (p. 46).

A conversação será utilizada como recurso primeiro da pesquisa, a fim de iniciar, de forma flexível, a busca dos sentidos, representações, valores, percepções, crenças e sentimentos que possibilitem acessar os elementos singulares na formação do sentido subjetivo.

Para Gonzáles Rey (2005), ao conversar com o sujeito pesquisado, o pesquisador deve assumir a posição de facilitador da dinâmica que favorece o diálogo, não se esquecendo da importância da informação que será dada pelo sujeito estudado no decorrer da conversação, pois essa é a chave das evidências mais sólidas, essenciais na construção teórica da dinâmica conversacional.

No decorrer da conversação pode ser que o sujeito pesquisado se expresse apenas guiado por respostas já pré-fixadas, no sentido de se proteger da análise em questão. Entretanto, dentro do contexto da presente pesquisa, tal fato pode ser um caminho de acesso, de forma indireta, às configurações de sentido do sujeito pesquisado, contribuindo também para compreender a problemática em questão.

Para Gonzáles Rey (2005),

(...) o diálogo é fonte, tanto diretamente como indiretamente, de um conjunto de valores e de posições diante da vida e que, quando um conteúdo é apresentado como diálogo, toma um forma menos estruturada e mais flexível que qualquer tipo de pergunta ou material de análise. Isso facilita uma expressão carregada de sentido subjetivo para quem os analisa toda vez que o envolvimento da análise de algo permite ao sujeito expressar-se com mais liberdade, pois ele sente que está tomando posição diante de algo dado, sem ter consciência de que essa posição é uma via idônea para conhecer a sua própria subjetividade. (p.193).

Com o intuito de adequar melhor a pesquisa, será utilizado também como instrumento, o complemento de frases; técnica essa que permitirá o acesso a formações do sentido do sujeito pesquisado de forma indireta. O complemento de frases será utilizado posteriormente, pois, primeiramente, é de fundamental importância que o pesquisador tenha estabelecido o diálogo (conversação) com o sujeito pesquisado, para assim compreender e construir o cenário subjetivo do mesmo.

A adoção de instrumento escrito para a pesquisa, representa a possibilidade de posicionar o sujeito de forma rápida e simples. O sujeito pode se expressar de diversas formas e toda forma de expressão podem levar a sentido subjetivos dele.

É de suma importância para a metodologia de uma pesquisa qualitativa, facilitar o trânsito do sujeito pesquisado pelas zonas diferentes de sua experiência, proporcionando a estimulação dos sentidos subjetivos também diferentes.

2.3 Construção da pesquisa

A presente pesquisa teve a sua construção e organização influenciada por um processo reflexivo de uma experiência pessoal, ocorrida ao longo de três anos de

trabalho voluntário com pessoas portadoras de câncer, principalmente mulheres da rede pública de saúde.

O contato, quase diário, com pacientes e médicos construirá a experiência necessária para a elaboração de um intenso diálogo entre a experiência real e um momento de reflexão teórica, levando a um processo reflexivo voltado para o interjogo entre as subjetividades do pesquisado e do pesquisador, que propicia a abordagem metodológica adotada por González Rey (2002).

A reflexão ocorrida durante as atividades de pesquisa propicia uma melhor elaboração de estratégias para o desenvolvimento do diálogo entre o empírico e o teórico, conduzindo a uma melhor construção da metodologia adotada.

A pesquisa é organizada em torno da melhor compreensão da problemática levantada pelo estudo, utilizando uma metodologia qualitativa para entrar em contato com os diferentes sentidos e sentimentos do relacionamento do médico com o paciente terminal.

O período de três anos de experiência com pacientes terminais foi proporcionado pela Rede Feminina de Combate ao Câncer de Brasília, com atuação no Hospital de Base de Brasília (HBDF) e que trabalha de forma a proporcionar uma assistência social e psicológica a pacientes portadores de câncer. O trabalho desenvolvido por esta instituição é de caráter voluntário, visando um apoio a pacientes carentes em estágio iniciais ou avançados da doença.

A experiência prévia favorece o desenvolvimento do diálogo entre o pesquisador e o pesquisado, contribuindo para a elaboração de um contexto mais próximo possível do sujeito pesquisado para melhor construir a problemática em questão.

O presente estudo será desenvolvido por meio de uma conversação, interativa e reflexiva com uma médica residente do Hospital de Base de Brasília, onde serão abordados assuntos relevantes para a compreensão do relacionamento entre o médico e o paciente terminal.

A atividade será realizada no próprio hospital, por meio de um encontro com o sujeito pesquisado, onde serão desenvolvidos assuntos relacionados ao tema. Os encontros serão gravados em forma digital de modo a melhor construir o resultado final.

O encontro terá como objetivo a reflexão sobre o tema, visando a compreensão do cenário subjetivo do médico que se relaciona diariamente com

pacientes terminais, juntamente com o sentimento e o sentido subjetivo desenvolvidos ao longo de sua atuação formação e atuação profissional.

Ao longo do encontro serão utilizados dois tipos de instrumentos de pesquisa (conversação e complemento de frases), onde os objetivos atuarão de forma a orientar cada encontro. O sujeito pesquisado será orientado quanto à metodologia qualitativa, objetivo e problemática do tema, no intuito de melhor construir um estudo de caso.

2.4 Método de análise

O presente estudo adotará um método de análise de pesquisa baseado em um estudo de caso que estará permitindo e estimulando o desenvolvimento construtivo e interpretativo dos resultados.

O momento da construção da informação será marcado pelo caráter ativo da pesquisa qualitativa, não se limitando às etapas convencionais que geralmente compõem um projeto de pesquisa.

O método qualitativo também se estenderá para a coleta de dados, assim como a produção de conhecimento proveniente desta, representando uma separação com os modos de pesquisa padronizados, onde o pesquisador assume uma postura passiva.

A investigação e construção da pesquisa serão desenvolvidas em um contínuo processo reflexivo e ativo, entre o pesquisador e o sujeito pesquisado. Todavia, o sujeito pesquisado tomará um postura de co-construtor do conhecimento, onde não será mais visto como uma entidade estática de pesquisa.

A partir do relato do pesquisado será possível identificar elementos que serão significativos para a interpretação do pesquisador. Esses elementos significativos para a análise serão compreendidos dentro de um contexto maior, para serem representativos dentro do processo de pesquisa, transformando-se em indicadores elementares para a informação sobre o objeto de pesquisa.

CAPÍTULO III

Construindo a informação

3.1 Apresentação

O presente momento da pesquisa tem como objetivo analisar, sobre um caráter construtivo-interpretativo, dados obtidos através da aplicação de dois instrumentos: complementos de frases e dinâmica conversacional. Tal processo não visa a construção de informações que tenham como determinantes o caráter absoluto da análise. Pelo contrário. Em um primeiro momento descreverá a reflexão do pesquisador em relação aos resultados.

Para Gonzáles Rey (2005)

(...) muitos pesquisadores (...) tratam o material empírico como se esse fosse portador de uma verdade única a qual deve chegar à análise e tentar buscar, nos dados, essa verdade com a qual, inconscientemente, empreendem um caminho totalmente descritivo, próprio da epistemologia positivista.(p. 115).

Os dados obtidos serão utilizados para uma melhor construção das zonas de sentidos que, de forma direta, nos permitirá o acesso a elementos que constituem o cenário subjetivo do sujeito pesquisado, para assim, poder construir, de maneira singular, a análise dos dados colhidos.

A linguagem utilizada pelo sujeito pesquisado será respeitada pelo pesquisador, pois o intuito da presente pesquisa é obter a legitimidade da reflexão que o processo interacional entre pesquisado e pesquisador despertou.

Esta pesquisa é composta por dados obtidos através de um estudo de caso, que viabilizará o confronto da análise e da discussão dos resultados, tendo como apoio, a construção teórica ocorrida antes e durante o processo de pesquisa, tornando o processo de interpretação e construção, ativo e progressivo e desenvolvendo um momento de intensa reflexão e complexa articulação entre os dados e o pesquisador.

O capítulo de construção da informação tem como característica principal esse intenso processo reflexivo sobre as complexas trajetória percorridas pelo processo empírico. Tal processo desenvolve sempre as representações teóricas,

valores e intuições do pesquisador, sem excluir o que está sendo criado no decorrer do momento empírico do trabalho, valioso para se construir uma análise geral.

O sujeito da pesquisa é uma mulher, profissional do Hospital de Base de Brasília (HBDF), na área de Mastologia, cursando o primeiro ano de sua residência. A relação com a pesquisada ocorreu por intermédio da Rede Feminina de Combate ao Câncer, que se situa no mesmo andar da internação de mulheres portadoras de câncer de mama e tem como objetivo o auxílio a pacientes com esse tipo de patologia.

O contato verbal inicial com a pesquisada ocorreu no momento do convite para ser o sujeito da presente pesquisa, e logo após, analisando sua disponibilidade de fazer parte do estudo de caso dessa pesquisa. Foram esclarecidas todas as etapas do processo e sua finalidade.

Foi observada a atitude inicial do sujeito após um primeiro contato com a pesquisa, para identificar a motivação do mesmo e sua efetiva participação.

A atenção a tal dado permitiu uma análise positiva do sentido desse tema para a pesquisada, o que foi condição essencial para a expressão livre e concisa de suas colocações.

O vínculo foi estabelecido de maneira satisfatória, pois havia um conhecimento prévio do trabalho desenvolvido pelo dois participantes da pesquisa – pesquisador e pesquisado – contribuindo para que o instrumento da conversação fosse aplicado de maneira mais fluida e progressiva.

Com todas essas características, o estudo de caso, analisado no presente capítulo, visa a reflexão e construção das informações obtidas, assumindo um posicionamento construtivo-interpretativo e tenta compreender a complexa estrutura construída no relacionamento entre o médico e o paciente terminal.

3.2 – Reflexão

No decorrer do processo teórico da pesquisa, percebeu-se uma tendência de se colocar o relacionamento entre o médico e o paciente terminal como problemático e construtor de patologias.

Autores como Kübler-Ross, Kastenbaum R, Aisenberg R, Stedeford, entre outros, refletiram sobre os vários sentimentos e atitudes desenvolvidos nessa relação, colocando, quase sempre, como uma problemática dentro de um hospital.

Essa característica também foi observada nos anos de voluntária (estagiária) da autora dessa monografia, na Rede Feminina de Combate ao Câncer (RFCC), onde foi observado o estabelecimento de um relacionamento conflituoso quando o paciente, no caso de câncer, se torna um paciente terminal. Essa vivência foi tão presente nesses anos, que serviu como motivador da construção da presente pesquisa. Tendo como certeza a necessidade de colocar esse dados como forma de pesquisa, optou-se por um estudo de caso.

A primeira reflexão que a aplicação dos instrumentos proporcionou foi a prevalência de conversações, onde as características se apresentavam de forma antagônica ao dados teóricos e também observados no decorrer dos anos de contato com a equipe médica que trata esse tipo de paciente.

As problemáticas investigadas e elaboradas, na presente pesquisa – neutralidade, (in)comunicação, sentimentos e atitudes, e a formação médica – foram colocadas de modo claro e desenvolvidos de maneira que o direcionamento contribuísse para o entendimento dos sentidos e cenário subjetivos da pesquisada.

Por parte da pesquisada, tal situação foi colocada e desenvolvida como uma problemática geral no ambiente médico e, de sua parte, ter trabalhado ao máximo para o bem de suas pacientes.

Tendo essa característica como marco inicial da pesquisa, ficou clara a necessidade de uma reflexão sobre o assunto, onde, o sujeito de pesquisa, segundo o seu relato, apresentava características que contrariavam, em parte, tanto a teoria quanto a minha experiência no assunto.

Com a constatação dessa característica em seu discurso, tornou-se de suma importância a sua colocação na antecedência da análise da fala e complemento de frases da pesquisada, como forma de melhor compreender os dados obtido nessa pesquisa e o objetivo da mesma.

3.3 Construção

No desenvolvimento, tanto do momento teórico da pesquisa, quanto ao longo da mesma, observou-se como a formação acadêmica do médico e outros aspectos citados estavam envolvidos dentro desse contexto da relação médico-paciente terminal. Tal tipo de formação, parece colaborar para a construção de uma estrutura

que tem como mecanismo de base a negação, influenciando assim a elaboração dos demais sentidos que a experiência pode desencadear.

Essa problemática foi desenvolvida pela pesquisada e colocada da seguinte maneira:

Durante a minha vida acadêmica é claro que eu tive contato com pacientes que vieram a óbito. Acompanhar um processo como é um processo de câncer, que é um processo mais lento, eu acho que eu só vim acompanhar aqui no Hospital de Base. Para você ter uma idéia, eu nunca tinha assinado um atestado de óbito. Isso só aconteceu aqui na mastologia.

Nesse primeiro trecho do depoimento da pesquisada, apareceram alguns elementos importantes a serem analisados. O primeiro concentra-se na diferenciação que a pesquisada faz entre ter contato com a morte e acompanhar um processo que termina em um falecimento.

A pesquisada atribuiu dois sentidos diferentes para a morte no seu contexto profissional, onde, o envolvimento emocional com o paciente parece ser um indicador importante para a sua configuração subjetiva no relacionamento com esse tipo de paciente.

Refletindo-se mais profundamente, percebe-se que o médico pode falar sobre a morte racionalizando-a, excluindo dela qualquer emoção e conseqüentemente se distanciando cada vez mais do paciente, dando espaço para o estabelecimento da neutralidade no relacionamento com o seu paciente. O médico sabe que a morte, intelectualmente que está a sua volta, mas o que tem dificuldade ao senti-la, é que a mesma desperte algum sentimento nele, pois, a partir desse momento, terá que aceitá-la como realidade tanto para o paciente quanto para si próprio.

Sobre esse aspecto a pesquisada coloca o seguinte:

A gente tem muitos médicos que quando tem um paciente com metástase , eles não tratam mais, dizendo que ele é paciente da oncologia.

Em conseqüência desse posicionamento, o médico não se permite conhecer seus próprios sentimentos em relação a morte, se isolando como forma de defesa contra a angústia despertada por esse contato.

Esse tipo de postura adquirida pelo médico, propicia o desenvolvimento de um relacionamento onde a neutralidade é utilizada como forma de proteger o profissional do sofrimento perante a morte. Esse fenômeno, assim como os outros

discutidos nessa pesquisa, afasta o profissional do paciente e também de ter uma consciência apurada da mortalidade do outro e de si mesmo.

Durante o relato da pesquisada, percebe-se que ao longo de seus anos acadêmicos, a morte não foi um assunto de importância ou que necessitasse de uma atenção especial. Foi descaracterizada, buscando afastar, da mesma, quaisquer aspectos que pudessem envolver uma relação pessoal. O que me fez pensar em todos fenômenos característicos desse relacionamento, como uma espécie de corrente, interligada, onde, uma leva a outra, onde se começa por um determinado lugar e há outros conseqüentes a eles.

O envolvimento pessoal ocorreu somente após o fim de sua formação acadêmica, o que a colocou numa posição de ter que aplicar o que lhe foi ensinado, ou seja, as técnicas e teorias.

Entrando nesse ponto em que analisarei o papel da técnica na formação médica e o quanto essa característica fica enraizada na profissão, a pesquisada coloca que a prática médica é a:

Prática dirigida ao paciente visando obter a cura ou melhorar a sua qualidade de vida.

Esse conceito da pesquisada decorreu da primeira pergunta colocada no complemento de frases que foi respondido logo após a dinâmica conversacional.

Analisando esse conteúdo percebemos o quanto a técnica, ou a resposta técnica, está presente como configuração subjetiva da pesquisada.

Observando a prevalência dessa característica em outros instantes da aplicação dos instrumentos, os seguintes complementos de frases e trecho da entrevista foram mais profundamente analisados:

Para mim doença é a ausência de saúde.

Para mim saúde é bem estar físico mental e social.

É meu dever como médico prestar socorro aos pacientes.

Sufrimento = dor física e moral

(...) a gente atende muito paciente com metástase, e nem todo paciente metastático, apesar da gente saber que ele vai morrer de câncer, ele ainda não é um paciente terminal.

Restou demonstrado por esses relatos, o quanto o valor técnico está presente na atuação profissional da pesquisada e, conseqüentemente, o posicionamento dessa profissional em relação à morte, parecendo claro que o mesmo foi

desenvolvido de maneira a priorizar o ponto de vista técnico e descaracterizar o seu sentido, o que freqüentemente reforça a presença da neutralidade no relacionamento com o paciente. .

A pesquisada acrescenta:

A medicina é diferente da engenharia que você faz um cálculo, termina e pronto, está resolvido. Não, você vai pra casa pensando nesse paciente. Você entra na internet pra ver se há uma tratamento novo pra esse seu paciente.

Quando um paciente falece ou fica ruim, você vai pra casa pensando nisso.

Nessa parte de seu relato, a pesquisada trabalha o sentido que o tratamento tem, tanto para ela quanto para o seu paciente, o que é, no conceito da autora da monografia, um meio extremamente positivo de fortalecer o relacionamento com o paciente.

Questionar, durante todo o tratamento, se o que está sendo feito é bom para o paciente, é um meio de aceitar e compreender a subjetividade e o sentido do paciente sobre o seu processo de adoecimento o que ajuda a construir a cada momento a melhor forma de tratá-lo.

A própria pesquisada faz a seguinte colocação em seu complemento de frase:

Preciso aprender a aceitar as perdas

Como um todo, as discussões e reflexão colocadas durante a utilização dos instrumentos da pesquisa, foram desenvolvidas em torno da temática da morte, concluindo-se que essa colocação está intimamente ligada ao sentimento da pesquisada em relação a ela.

Durante toda a conversação e a aplicação do complemento de frase, era a subjetividade desse assunto que estava emergindo na pesquisada. A morte para ela, então, é como é para a maioria dos profissionais da área médica, encarada como perda, como se tivesse acontecido uma luta e houve um vencedor e um perdedor.

Tanto a literatura, quanto os anos da autora da monografia em contato com essa realidade, levam a uma crença nesse aspecto como um fator marcante em uma rotina hospitalar. O contato com o paciente terminal, pode assumir uma metáfora de guerra, disputada no decorrer de todo o tratamento do paciente e tendo o seu término com um vencedor e um perdedor.

Ainda sobre a maneira que a formação médica analisa a morte, a pesquisada coloca:

É tratado de forma ruim, porque o médico ainda tem essa visão de que ele está lá para curar o paciente.

Para analisar essa parte da entrevista, é importante confrontar o valor da cura, para o médico, pois, muitas vezes, é encarada como finalidade de sua profissão e de seus estudos.

A profissão médica é envolta em uma atmosfera de onipotência e idealização, onde ele assume o papel de senhor da vida e da morte, o que desencadeará a sua culpa e o sentimento de fracasso em relação à morte de seus pacientes.

Se por um lado ele é idealizado pela sociedade e principalmente pelos familiares de seu paciente, que muitas vezes o colocam no lugar de detentor da cura e do saber da vida de seu ente querido, ou seja, o mesmo lugar de Deus, por outro, fazendo essa comparação, ele não pode deixar o paciente morrer, porque isso o torna uma pessoa comum, sem qualquer diferença de outro ser humano qualquer.

O médico também coloca o exercício de sua profissão como meio de alcançar uma onipotência imaginária, que lhe traz uma satisfação narcisista, o que, por fim, o ajudará a superar o seu próprio medo em relação à morte.

A pesquisada coloca a questão da cura da seguinte forma:

A gente tem muitas patologia que a gente não cura; a gente controla. A diabetes não tem cura, a hipertensão não tem cura. Mas a gente tem um controle e permite que aquele paciente viva durante um determinado tempo.

Esse tipo de visão afasta o médico de práticas nocivas ao relacionamento com os seus pacientes, tais como a neutralidade e a (in)comunicação de seu manejo profissional. Contudo, isto acarretaria em grandes ganhos tanto para o paciente quanto para o médico.

O controle e a qualidade de vida deveriam ser prioridades na prática médica, substituindo o lugar da cura, como a pesquisada coloca:

Porque na medicina ocidental tem muito essa história de só curar o paciente; o que não existe na medicina oriental. Eu tento ver mais por este lado: de tentar melhorar a qualidade de vida do paciente, porque não é sempre que você vai conseguir curá-lo.

Para a pesquisada, parece claro o valor cultural que a medicina carrega. Ela sabe identificar a influência que a cultura ocidental tem na prática médica, pois foi ensinado desde a sua época acadêmica, além dessa identificação, há também a

tentativa de praticar de outra forma, ou seja, tentar não só a cura mais sim a qualidade de vida de seus pacientes.

Esse valor que a cura tem na sua prática profissional é conflituooso com a importância da técnica para a mesma. Como já foi analisado anteriormente, a pesquisada demonstra um apego muito grande à técnica, mas apesar de identificar essa característica e analisá-la, pareceu importante a relação que esses dois aspectos têm.

Por um lado a pesquisada apresenta características marcantes, onde, a técnica tem grande influência em seu manejo profissional e, em contra partida, apresenta uma visão onde a qualidade de vida está como prioridade na sua prática médica, ou seja, ela tenta ir contra o que é marca da prática ocidental, o tecnicismo, apesar de apresentar essa característica, em busca de uma prática mais oriental, onde a qualidade de vida é mais importante.

A pesquisada coloca que:

Para mim saúde é bem estar físico, mental e social

Em contra partida coloca:

Não gosto quando o paciente não luta pela vida

Demonstrando nesses complementos de frase fica claro o confronto dessas duas características da pesquisada. Apesar de ser bem técnica ao analisar o que é saúde, ela não compreende a qualidade de vida envolta na não luta do paciente pela a sua vida.

Essa consciência de qualidade de vida, como já foi citado anteriormente, envolve uma gama de atitude e sentimentos que seriam de grande valia tanto para os pacientes, quanto para os médicos. Aceitar esse tipo de visão, de uma certa maneira, propiciaria a compreensão da subjetividade envolvida no processo.

Nesse parte da pesquisa é importante levantar o valor cultural que o tratamento da morte tem em nossa cultura. Na nossa sociedade, somos levados e encarar a morte como algo ruim, o que, conseqüentemente, afeta os profissionais que lidam com ela diariamente.

Em grande parte, o modo como o relacionamento com o paciente terminal se estabelece está intimamente ligado ao que é passado para o profissional em seu âmbito cultural.

Todos os aspectos aqui mencionados e pesquisados são, de alguma maneira, resultado dessa cultura, o que reflete o relacionamento como um todo, onde os fenômenos são interligados e interdependentes.

A nossa sociedade tem como cultura a exclusão da morte em seu cotidiano. O que se repete na prática médica. Uma das conseqüências dessa atitude é a (in)comunicação do médico com o seu paciente.

Muitas vezes o médico resiste em informar ao paciente o seu estado real. Essa resistência pode se manifestar na forma carregada de termos técnicos que o médico utiliza, demonstrando a dificuldade que ele tem em se comunicar de forma clara e direta com o paciente.

Sobre esse aspecto podemos analisar e refletir sobre o seguinte relato da pesquisada:

(...) agora mesmo temos uma paciente que faz anos que ela tem um nódulo e há uma ano tem a mama sarada e ela acha que não está doente. Então isso, por mais que a gente chegue, por mais que a gente fale, e eu tento muito isso com os meus pacientes, tento explicar de uma forma que ela possa entender, sem prejudicá-la, sem deixá-la chateada com aquilo. Claro que a paciente fica chateada, mas você não pode também chegar e dizer “você vai morrer”, como você não pode chegar e dizer “você vai ficar boa” porque não vai. Então, eu acho que uma paciente com câncer é uma paciente que pode ser muito trabalhada do ponto de vista psicológico.

Uma reflexão ou inferência sobre esse relato demonstra a dificuldade do médico em ter uma comunicação com o seu paciente.

No começo do relato, a pesquisada se refere a uma paciente que não aceita o seu diagnóstico. De fato, a comunicação não pode ser tratada de maneira rígida. Seria desumano forçar um paciente a aceitar a realidade, quando ele mostra claramente que não está pronto para ela. Nesses momentos é de grande valia para o médico compreender as defesas do paciente para enfrentar aquela situação.

Ainda sobre essa comunicação de diagnóstico, a pesquisa faz a seguinte colocação:

(...) a paciente decide se ela quer ou não saber do tratamento dela. Se ela não quer, eu não posso obrigá-la dizendo “você tem que escutar que está com metástase”. Não. Nesses casos, a gente fala para a família o que o paciente tem. A grande maioria são conscientes de que não estão cem por cento boas. Você pode não ter dito nada, mas elas sentem.

Ter essa sensibilidade de entender a decisão do paciente, faz a prática médica mais humana e menos técnica. Compreender o momento do paciente, como foi mostrado pela pesquisada, não demonstra uma (in)comunicação como defesa, mais sim a compreensão das escolhas que o paciente tem que ter em seu tratamento. Respeitar o desejo e as escolhas do paciente faz do médico um profissional mais humano e que interage mais positivamente com o mesmo

CONCLUSÃO

No decorrer dessa pesquisa, foram considerados, mais profundamente, os aspectos envolvidos na relação do médico com o paciente terminal. Aspectos estes, encontrados na literatura e experienciados durante o meu estágio no Hospital de Base de Brasília.

As reflexões e as inferências dos estudos tiveram como fonte um estudo de caso real, que possibilitou a construção de uma análise rica em relação à subjetividade do problema.

Ao longo da construção dessa pesquisa, buscou-se uma compreensão dos problemas levantados, de forma a acessá-los de forma indireta, com o objetivo de entender os sentido envolvidos, assim como o cenário subjetivo no qual eles se desenvolviam.

Por meio de reflexões, ficou clara a imensa complexidade que envolve a relação do médico com o paciente terminal. Durante os anos de estágio da autora monografia foram presenciadas várias atitudes levantadas no decorrer dessa pesquisa, mas no desenvolvimento e na análise dos dados, suas origens e conseqüências para o relacionamento analisado foram aprofundados.

Os aspectos investigados e analisados se revelaram durante a utilização dos instrumentos da pesquisa, uma vez que, através deles ocorreu uma reflexão sobre os mecanismos em que estão envolvidos.

Logo no começo da construção do Capítulo Teórico, restou claro que a morte está inserida negativamente dentro da cultura ocidental, influenciando diretamente o modo que ela é tratada pelo profissionais da saúde e, no caso desse pesquisa, principalmente pelo médico.

Esse fator cultural, sem dúvida, está bastante presente na pesquisada, como foi percebido tanto ao longo da dinâmica conversacional, quanto no complemento de frases.

A maneira como a experiência com a morte foi vivenciada durante sua época acadêmica, influenciou a pesquisada de modo a tratar grande parte de sua atuação de maneira técnica e neutra, uma vez que a própria pesquisada reconhece que houveram falhas durante sua instrução profissional. Apesar de detectar o problema, a forma como ela se coloca frente ao mesmo, parece ir contra a consciência apresentada.

A pesquisada demonstrou-se bastante cognitiva e formal nas suas respostas, elaborando pouco as questões subjetivas e sociais da doença. Demonstrou, também, uma grande neutralidade em seu relacionamento com os seus pacientes, sendo esse consequência da sua negação e regionalização das emoções envolvidas nesse contexto.

Porém, tal defesa, conforme observado, não é tão eficaz, pois a pesquisada relatou a angústia que o tratamento de seus pacientes lhe causam, visto que confessou que, ao retornar para casa, após sua jornada de trabalho, continua pensando neles, buscando uma melhor forma de tratá-los.

Com o estudo de caso, nota-se que a pesquisada apresentou uma preocupação com o lado psicológico dos pacientes e seus familiares e, também, algumas vezes, com o seu próprio envolvimento emocional, mesmo tendo admitido que essa preocupação não fez parte de sua formação acadêmica.

As diferenças entre a medicina ocidental e oriental e a preocupação com o bem-estar do paciente terminal, não somente com sua cura, foram relatadas com bastante frequência pela pesquisada, demonstrando, mais uma vez, outra forma de conscientização do problema que se desenvolve no relacionamento com o paciente.

Denota-se que o aspecto da idealização médica é um fator de grande influência para a pesquisada e para grande parte dos profissionais da área de saúde. Essa onipotência em que a medicina está envolta exclui do médico qualquer emoção desenvolvida em sua prática, dificultando a construção de um diálogo extremamente importante nesse tipo de relacionamento e consequentemente afastando do paciente um ambiente propício para o estabelecimento de um vínculo emocional necessário para o seu tratamento.

Infelizmente a nossa sociedade continua tratando a morte como um tabu, influenciando as diversas profissões relacionada à ela. Desta forma, aos profissionais de saúde, principalmente, resta apenas a tentativa de desenvolver mecanismos que melhorem a aceitação dessa que é uma das problemáticas mais difíceis do ser humano.

ANEXOS

ANEXO I – DINÂMICA CONVERSACIONAL

Como é para você atender um paciente terminal?

Depende muito do que é um paciente terminal para você. Como eu trabalho na área de mastologia, a gente atende muitos pacientes com metástase, e nem todo paciente metastático, apesar da gente saber que ele vai morrer de câncer, ele ainda não é um paciente terminal. (...) Então, desde que ainda exista uma possibilidade, é um paciente digno de tratar. É um paciente que a gente ainda vai lutar por ele. Mas, a partir do momento que não há mais esperança, que não há mais tratamento, você luta mais para dar um conforto para o paciente. Prezar mais a qualidade de vida, principalmente em relação à dor. Tentar aliviar a dor do paciente.

É isso que você acha mais importante no tratamento de um paciente terminal como um tratamento médico?

Sim. Melhorar os últimos dias, os últimos momentos de vida desse paciente.

Como foi no começo da sua vida acadêmica o contato com esse tipo de paciente?

Durante a minha vida acadêmica é claro que eu tive contato com pacientes que vieram a óbito. Acompanhar um processo como é um processo de câncer, que é um processo mais lento, eu acho que eu só vim acompanhar aqui no Hospital de Base. Para você ter uma idéia, eu nunca tinha assinado um atestado de óbito. Isso só aconteceu aqui na mastologia.

Como você acha que, na formação de um médico, esse assunto é tratado?

É tratado de forma ruim, porque o médico ainda tem essa visão de que ele está lá para curar o paciente. Mas a gente sabe que nem todo paciente tem cura, e a escola médica não prepara o médico para lidar com paciente que não tem cura. A gente tem, inclusive aqui na mastologia, muitos médicos, muitos mastologistas, que quando um paciente tem metástase, eles não tratam mais, dizendo que ele é paciente da oncologia; o que não é, porque ele é um paciente seu também.

Qual sua opinião a respeito do médico que encara esse tipo de paciente como um fracasso, porque ele passou anos de sua vida se dedicando aos estudos, com o objetivo de dar a vida a esses pacientes? O que você acha disso?

Porque na medicina ocidental tem muito essa história de só curar o paciente; o que não existe na medicina oriental. Eu tento ver mais por este lado: de tentar

melhorar a qualidade de vida do paciente, porque não é sempre que você vai conseguir curá-lo. A gente tem muitas patologias que a gente não cura; a gente controla. A diabetes não tem cura, a hipertensão não tem cura. Mas a gente tem um controle e permite que um aquele paciente viva durante um determinado tempo. Com o câncer é mais ou menos assim. Você nunca pode dizer que um câncer esteja totalmente curado. Infelizmente é muito raro, mas você controla, e, se manifesta alguma metástase, você controla precocemente.

O que, na sua opinião, acontece com os médicos quando seus pacientes se tornam terminais? Você acha que há uma neutralidade deles como sendo um mecanismo de defesa para cuidar desse paciente?

Claro que existe. Por mais que você tente, a medicina, não sei se na psicologia seria dessa maneira também, é diferente de engenharia que você faz um cálculo, termina e pronto, está resolvido. Não, você vai pra casa pensando nesse paciente. Você entra na internet para ver se há um tratamento novo para esse seu paciente.

Quando um paciente falece ou fica ruim, você vai pra casa pensando nisso.

Você acha que ao longo do tempo o profissional vai perdendo essa sua preocupação de ir para casa pensando no paciente? Você acha que isso acontece mais com residentes do que com profissionais que lidam com isso há mais tempo?

Como você disse, as pessoas vão criando mecanismos de defesa.

Uma proteção? Vão se afastando? Você acha que os profissionais mais antigos lidam melhor com isso?

Eu não diria isso. Às vezes você pode até pensar que eles lidam melhor com isso, mas eu acho que é mais diferença de formação. Se hoje é desse jeito, imagine antigamente. O médico não era preparado para lidar com essa parte psicológica. Eu gosto muito de trabalhar essa parte psicológica, porque é como lhe disse, eu me preocupo muito com o meu paciente. Eu sei quais foram as pacientes que dei atestado, sei como elas morreram. Lembro do rosto delas.

Claro que, com isso, não vou me martirizar, porque tudo que podia ser feito, eu fiz para dar o conforto.

Você está colocando, então, que acha muito importante a questão do lado psicológico dos seus pacientes, porque acaba se remetendo a um assunto muito importante, que é a comunicação do médico com o paciente

terminal. Para você, como é essa comunicação com o paciente? Você acha que ele precisa de uma atenção maior, de uma escuta diferenciada?

Você sabe melhor do que eu, que o paciente terminal passa por aquelas fases de enfrentamento da doença, negação, barganha, etc., e você vê muito isso aqui. Agora mesmo temos uma paciente (...) que faz (...) anos que ela tem um nódulo e há um ano tem a mama sarada e ela acha que não está doente, entendeu? Então isso, por mais que a gente chegue, por mais que a gente fale, e eu falo muito isso com os meus pacientes, tento explicar de uma forma que ela possa entender, sem prejudicá-la, sem deixá-la chateada com aquilo. Claro que a paciente fica chateada, mas você não pode também chegar e dizer “você vai morrer”, como você não pode chegar e dizer “você vai ficar boa”, porque não vai. Então, eu acho que uma paciente com câncer é uma paciente que pode ser muito trabalhada do ponto de vista da psicologia.

Mas vocês tentam fazer esse trabalho psicológico?

Eu, particularmente, tento. Mas existem casos que a gente não tem essa experiência que vocês têm. A gente até pede para alguém da Rede Feminina (Rede Feminina de Combate ao Câncer) conversar com a paciente.

E quando você percebe que não há mais o que fazer? Que restam apenas cuidados paliativos? Há algum comunicado ao paciente, à família? Como isso é feito?

É comunicado. A primeira comunicação que a gente faz é à família. Então a família decide até que ponto o paciente pode ou não saber. Mas o paciente sempre sabe(...). A gente não pode prever a data, mas o paciente vai falecer. Claro que a gente não vai dizer ao paciente com essas palavras, mas a gente sempre esclarece à paciente a situação dela.

É difícil para vocês esclarecer ao paciente a situação dele, visto que faz parte do trabalho do médico falar sobre isso? Gera algum sentimento, alguma atitude diferente?

Claro. Tanto da nossa parte, quanto da parte do paciente. Já teve paciente aqui que tive que dizer que ela estava com metástase e ela disse que não queria saber. É certo? Faz parte da autonomia dela. Ela decide se ela quer ou não quer saber do tratamento dela. Se ela não quer, eu não posso obrigá-la dizendo “você tem que escutar que você tem uma metástase”. Não. Nesses casos, a gente fala

para a família o que paciente tem. A grande maioria delas são conscientes de que não estão cem por cento boas. Você pode não ter dito nada, mas elas sentem.

ANEXO II – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você tem livre escolha de participar dessa pesquisa que é um projeto desenvolvido por Gabriela Barros de Araújo, aluna do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, na disciplina de Monografia, para a obtenção da graduação em Psicologia, sob a orientação do Prof. Dr. Fernando Luis Gonzáles Rey.

Você poderá retirar o consentimento a qualquer momento, desistindo de sua participação na pesquisa. Todo o material que estiver em poder da pesquisadora será automaticamente destruído. Sua identidade será mantida em sigilo, ou seja, só a pesquisadora saberá o seu nome.

A sua participação não envolve nenhum tipo de risco que possa ameaçar a sua integridade física, moral e/ou psicológica. Ao contrário, o diálogo franco, aberto e reflexivo, proposto pela metodologia, só poderá trazer benefícios em forma de uma melhor compreensão de sua percepção sobre o assunto.

A participação, portanto, é voluntária. Somente assine o consentimento se estiver claro os procedimentos a que será submetido e suas conseqüências.

A pesquisadora pode ser procurada a qualquer momento para esclarecer dúvidas que você tenha em relação à sua participação.

Brasília, DF, ____ de _____ de 2005.

Pesquisado

Gabriela Barros de Araújo
Pesquisadora

ANEXO III – COMPLEMENTO DE FRASES

Questionário a ser preenchido pelo médico

1) O que é a prática médica para você:

Prática dirigida ao paciente visando obter a cura ou melhorar sua qualidade de vida

2) Complemente as seguintes frases com a primeira idéia que lhe surgir, sendo sincero e honesto consigo mesmo:

2.1) Para mim doença é ausência de saúde

2.2) Para mim saúde é bem estar físico mental e social

2.3) Meu trabalho é realização pessoal. Forma de ajudar os pacientes

2.4) Meus pacientes são aqueles a quem tento ajudar

2.5) A morte é alívio

2.6) É meu dever como médico prestar socorro aos pacientes

2.7) Sinto-me frustrado quando alguma forma diagnóstica ou terapêutica encontr-se indisponível na rede hospitalar pública

2.8) Sinto-me realizado quando consigo minimizar a dor de um paciente

2.9) Não gosto quando o paciente não luta pela sua vida

2.10) Preciso aprender a aceitar as perdas

2.11) A vida é aproveitar as coisas boas e tentar melhorar as ruins

2.12) O hospital centro de atendimento público dito terciário mas que muitas vezes não disponibiliza meios para um bom trabalho

2.13) Sofrimento dor física ou moral

Muito obrigada pela sua participação!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARIÈS P. *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- CASSORLA RMS (Coord.). *Da morte: Estudos Brasileiros*. Campinas (SP): Papyrus, 1991.
- GONZÁLEZ REY, F. *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- _____. *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.
- KASTENBAUM R, AISENBERG R. *Psicologia da Morte*. São Paulo: Pioneira, 1983.
- KAY J, TASMAN . *Psiquiatria: Ciência Comportamental e Fundamentos Clínicos*. São Paulo: Manole, 2002.
- KÜBLER-ROSS E. *Sobre a morte e o morrer*. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- LIMA, Darcy Roberto. *História da Medicina: um guia prático e bem-humorado*. Rio de Janeiro: Médico e Científico, 2003.
- MORAES, Irany Novah. *Formação do Médico*. São Paulo: Roca, 1997.
- STEDFORD Averil. *Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
- TAHK, Veikko. *O Relacionamento Médico – Paciente*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.