

Regiane Trincaus, Maria; Corrêa, Adriana Katia
A dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástase
Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 41, núm. 1, 2007, pp. 44-51
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033289006>



Revista da Escola de Enfermagem da USP,
ISSN (Versão impressa): 0080-6234
reeusp@usp.br
Universidade de São Paulo
Brasil

A dualidade vida-morte na vivência dos pacientes com metástase*

LIFE-DEATH DUALITY IN THE EXPERIENCE OF METASTASIS PATIENTS

LA DUALIDAD VIDA-MUERTE EN LA VIVENCIA DE PACIENTES CON METÁSTASIS

Maria Regiane Trincaus¹, Adriana Katia Corrêa²

* Extraído da dissertação “A morte em seu mostrar-se ao paciente oncológico em situação de metástase”, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), 2005.

¹ Enfermeira. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste, UNICENTRO. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da EERP-USP. trincaus@uol.com.br

² Enfermeira. Docente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP.

RESUMO

O novo milênio traz consigo, para o Brasil, a realidade do envelhecimento da população e, com ele, o aumento dos números de casos de doenças crônicas, entre elas o câncer. Com o intuito de compreender como os pacientes oncológicos, em tratamento quimioterápico por ocorrência de metástase, vivenciam a possibilidade da morte, realizamos sete entrevistas com pacientes de uma clínica de oncologia, situada em um pequeno município do estado do Paraná. Para análise das entrevistas, utilizamos algumas idéias do referencial filosófico de Martin Heidegger. Dessa análise, a morte emergiu de vários modos: implicitamente; como um fenômeno natural, vivido na impessoalidade, pela morte do outro; como fenômeno que permeia a existência. A condição de ser-com-outro permitiu que a morte se desvelasse por meio de palavras, de ações e do olhar, que ao mesmo tempo acolhe e denuncia; na relação com os profissionais de saúde, através dos modos de cuidar quase sempre inautênticos.

DESCRITORES

Metástase neoplásica.
Atitude frente à morte.
Morte.
Pacientes.

ABSTRACT

The new millennium brings along a new reality to Brazil: population aging, and with it an increase in cases of chronic diseases, among them cancer. With the purpose of understanding how oncological patients under chemotherapeutic treatment due to the metastasis experience the possibility of dying, seven interviews with patients from an oncology clinic were carried out in a small town in the state of Paraná. In order to analyze these interviews, ideas from Martin Heidegger's philosophical reference were used. From this analysis, death showed itself in different ways: implicitly; as a natural phenomenon, experienced in an impersonal way through someone else's death; as a phenomenon that permeates life. The it-happens-to-the-other condition made possible to unveil death through words, actions and looks, which at the same time shelter and denounce; and through the relation with the health professionals through caring forms almost always unauthentic.

KEY WORDS

Neoplasm metastasis.
Attitude to death.
Death.
Patients.

RESUMEN

El nuevo milenio trae consigo para el Brasil, la realidad del envejecimiento de la población y con él, el aumento de los casos de enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer. Con la intención de comprender cómo los pacientes oncológicos, en tratamiento quimioterápico por ocurrencia de metástasis, vivencian la posibilidad de la muerte, realizamos siete entrevistas con pacientes de una clínica de oncología, situada en un pequeño municipio del Estado del Paraná. Para el análisis de las entrevistas, utilizamos algunas ideas del referencial filosófico de Martin Heidegger. De ese análisis, la muerte emergió de varios modos: implícitamente; como un fenómeno natural, vivido en la impersonalidad, por la muerte del otro; como fenómeno presente en la existencia. La condición de ser-con-el-otro permitió que la muerte se develase por medio de palabras, acciones y de la mirada, que al mismo tiempo acoge y denuncia; en la relación con los profesionales de salud, a través de los modos de cuidar casi siempre inauténticos.

DESCRIPTORES

Metástasis de la neoplasia.
Actitud frente a la muerte.
Muerte.
Pacientes.

INTRODUÇÃO

O novo milênio traz consigo uma nova realidade para o Brasil, o envelhecimento da população. Ao mesmo tempo em que a população envelhece, encontramos no país e no mundo, problemas decorrentes deste envelhecimento, como o avanço das doenças crônico-degenerativas, dentre elas o Câncer. As estatísticas gerais de pacientes que morrem acometidos por algum tipo de câncer vêm crescendo anualmente e, hoje, considerando a taxa de mortalidade geral da população, chega à segunda causa de morte entre os brasileiros⁽¹⁾.

O câncer é considerado uma enfermidade metafórica, na medida em que traz consigo significações diversas tais como desordem, catástrofe, castigo e, em última análise, sendo relacionado à fatalidade⁽²⁻³⁾.

Essa conotação é reforçada pelos meios de comunicação, através da propaganda, de que o câncer é algo aterrador, que destrói a pessoa por dentro, mata⁽²⁾.

Historicamente, a morte e o processo do morrer sofreram modificações significativas que a configuraram como a vemos nos dias de hoje. O século XX é marcado pela morte interdita, que se esconde. A morte passa a ser vergonhosa, tomando o lugar do sexo como um tabu da sociedade. A morte já não pertence mais à pessoa, não deve ser percebida e é reconhecida como *boa* somente quando não se pode dizer se o sujeito está vivo ou morto. O luto passa a ser *proibido*, assim como, chorar os que se vão. A morte, neste momento, depende da vontade do médico, dos equipamentos do hospital, da riqueza da família ou do Estado⁽⁴⁾.

Nesse contexto, este estudo tem como proposta compreender como os pacientes oncológicos, em tratamento quimioterápico por ocorrência de metástase, vivenciam a possibilidade da morte.

METODOLOGIA

Optamos pela fenomenologia como método de investigação para esta pesquisa, tendo em vista que este referencial possibilita o acesso ao sujeito da experiência. Tem como proposta compreender o fenômeno, resgatando a experiência vivida em sua intenção *total*. Assim, optamos por fazer algumas aproximações a idéias de Martin Heidegger que possibilitam a compreensão de algumas facetas do fenômeno morte, em seu livro *Ser e Tempo*.

Abordamos os pacientes de uma Clínica de Oncologia, situada no município de Guarapuava, Estado do Paraná, que estavam em tratamento quimioterápico como uma segunda experiência, em uma situação de metástase. Para essa abordagem recorremos a entrevistas que foram gravadas e, posteriormente, transcritas com sua autorização.

Aos sete pacientes participantes desta investigação, comunicamos que estávamos realizando uma entrevista com eles, sendo que a nossa proposta estava relacionada à compreensão de *O que está significando para eles estar vivendo esse momento em suas vidas?* A abordagem direta do tema proposto para o trabalho podia proporcionar mal estar e constrangimento nos pacientes, de forma que somente foi abordado o tema da morte, a partir do momento que este foi por eles mencionado e permitido. A partir das expressões por eles mesmos usadas era dada continuidade ao diálogo. Sempre foi respeitada a vontade do paciente falar ou não.

Foi garantida total liberdade aos sujeitos de participar ou não da pesquisa. Quando os participantes concordaram com a realização do estudo, após leitura e compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinavam uma cópia deste, e recebiam outra cópia de igual teor, conforme Resolução CNS 196/96⁽⁵⁾. Para preservar seu anonimato, os pacientes foram identificados por nomes de flores.

À luz do referencial filosófico de Heidegger foi sendo compreendido o ser-no-mundo paciente com câncer em situação de metástase, sendo desveladas algumas dimensões que nos aproximam do sentido para eles da finitude humana.

RESULTADOS

A morte em seu mostrar-se ao paciente em situação de metástase

Na busca pela compreensão das vivências das pessoas com câncer, em situação de metástase, no que se refere à possibilidade da morte, algumas facetas foram se desvelando, a partir da análise das entrevistas.

Durante os encontros, foi possível perceber que a morte sempre *rondou* as falas dos pacientes, mostrando-se de diversas formas: implícita em seu dizer; como processo natural, no sentido de que todos morrem um dia; o que implica considerar a morte do outro. Em alguns momentos, foi expressa de forma explícita, trazendo à tona a certeza do seu próprio morrer, aceitando-se na condição de ser-finito.

Estes modos de dizer que revelam a presença da morte encontram-se em distintas entrevistas, bem como em trechos diversos de uma mesma entrevista. Isso sinaliza para movimentos existenciais que, às vezes se afastam e, às vezes, se aproximam do morrer como parte da existência humana. É possível visualizar, nas falas a seguir, algumas situações expressas pelos pacientes nas entrevistas que deixam clara a situação da morte rondando suas falas, no entanto, de forma implícita.

Disse: 'se cair, que caia'. Como se diz, é melhor ir os anéis que os dedos [...] A gente tem que dar um fim nela [o câncer], se puder (Tulipa).

Eu não levo a coisa a sério, a doença... Como eu tenho falado, eu não pus na minha cabeça a doença que eu estou vivendo [...] Muitas pessoas põem na cabeça, que aquilo ali é o fim da estrada. Eu não [...] E o que eu vou fazer? Deu, deu! Não deu, não deu!" (Rosa).

No começo, eu fiquei meio pensando sabe... Quis me dar um nozinho na garganta para eu chorar (Lírio).

Em algumas dessas falas, como visualizado, a morte emerge de forma figurada: [...] *melhor ir os anéis que os dedos*, [...] *fim da estrada*, [...] *não deu, não deu*. Em outras, os sentimentos de nervosismo, abatimento, medo e tristeza expressos mostram a preocupação com a gravidade de suas situações, estando nessa gravidade a possibilidade implícita da morte.

O dizer implicitamente sobre o morrer pode revelar o peso que a própria palavra morte carrega em si; peso esse que aparece diminuído nos subterfúgios, nas entrelinhas, no não dito da linguagem.

Nesse afastamento da morte, faz-se também presente o não dizer diretamente, pelas pessoas que são doentes, que têm câncer, sendo feita referência a ele como *a doença* ou esta *doença*. Esse não dizer implica considerar que a gravidade da doença a faz ser estreitamente relacionada à possibilidade do morrer. Assim, do mesmo modo que é evitada a fala explícita sobre a morte, é também evitada a denominação câncer.

Como mencionado, outra faceta significativa das falas dos entrevistados, refere-se à morte como processo natural, emergindo a idéia de que todos nós vamos morrer um dia. Essa explícita naturalidade revela o modo impessoal do paciente lidar com esse fenômeno, permanecendo encoberto o seu próprio morrer:

Porque se pensar assim, todas as pessoas vão morrer [...] A gente não quer a morte, por mais que a gente saiba que essa é uma coisa que tem que acontecer. Mas a gente não quer (Crisântemo).

Chegou a hora, ela levou! Foi! [...] eu acho que o dia está certo, desde o dia em que a gente nasce, o dia em que a gente morrer [...] ela é natural. A morte ficou para todos nós. Eu a considero natural (Margarida).

... não é só o câncer que mata. Então, a morte, eu acho que assim como a gente tem o dia para nascer, a gente tem o dia para morrer (Lírio).

Apesar de expressarem o reconhecimento de que a morte pode acontecer a qualquer momento (*chegou a hora, ela levou*), esse acontecimento é descrito como fato, como *morre-se, casos de morte*, o que não contempla como parte do existir humano, mas como o que ocorre no fim da vida (*a gente tem o dia para nascer, a gente tem o dia para morrer*)⁽⁸⁾.

Esse modo impessoal de lidar com o fenômeno morte nos remete à existência cotidiana na qual nos igualamos uns aos outros, pensando, agindo como os outros, na dimensão do *a gente*⁽⁶⁾. É significativa a ênfase dada pelos entrevistados ao uso desse termo (*a gente, todos nós*) nos momentos em que se reportam à morte, comentando a sua naturalidade.

O mesmo autor⁽⁶⁾ refere que o modo de ser com o outro se dá, no cotidiano, na forma da impessoalidade, na qual somos-como-o-outro, isto é, somos absorvidos pelos outros, na constituição da nossa existência. Apesar de sermos-como-o-outro, podemos também, buscar nosso ser-si-mesmo-próprio, singular, constituindo nossa existência como autenticidade.

A existência humana, assim, é constituída em um movimento de inautenticidade e autenticidade que se entrelaçam durante toda a vida.

Desta forma, o cotidiano se expressa como atividades, tarefas realizadas diária e corriqueiramente e que são comuns ao *a gente* e *a todos*. É o público, o uniforme, o que se perde na massa. Como ser-com-os-outros dissolvido nesse cotidiano, o ser-aí é levado a um modo de ser inautêntico que o distancia da possibilidade de ser si mesmo⁽⁷⁾.

Nesse contexto, um tema proibido, considerado tabu, como a morte, pode ser abordado na coletividade, de maneira pública, sem que seja preciso denominar esse alguém que morre.

Pensar na morte, para o domínio público, é um ato temeroso, covarde, uma insegurança do ser-aí. Para o autor, é o domínio público, ou seja, o impessoal, que revela para o ser-aí, na sua cotidianidade, o modo como ele deve interpretar para si o seu ser-para-a-morte. Este impessoal dá a compreender que a morte é algo indeterminado, que surge em algum lugar, não constituindo necessariamente uma ameaça: *algum dia, por fim, também se morre, mas de imediato, não se é atingido pela morte*, porque a morte pertence a ninguém. Esta situação lhe dá um caráter real que encobre a sua possibilidade, o fato de ser possível que a morte ocorra a cada e qualquer momento⁽⁸⁾.

Ninguém duvida da própria morte. No entanto, este aceitar a morte exclui de si o estar-certo da própria morte, isto é, na impessoalidade todos sabem que vão morrer, mas não se sabe o dia, nem a hora. Desta forma, é como se a morte fosse certa, mas distante de acontecer⁽⁸⁾.

Por meio do impessoal, diz-se que a morte é certa. Isto, aparentemente, remete ao ser-aí a aparência de que ele está certo da própria morte, no entanto, esta certeza da própria morte reside-se no cotidiano por meio da ocorrência da morte dos outros⁽⁸⁾, o que pode ser visualizado nas falas a seguir:

Quantos companheiros que lutavam aí, que são vizinhos. Vêm se tratar aí... Coitado, eu fui visitar ele... Voltou da cirurgia, dia 07 de janeiro. Ele faleceu, não teve escape (Tulipa).

Chegava às vezes uma pessoa, uma vizinha e dizia assim: 'a irmã de fulano de tal morreu de câncer' [...] Eu me lembro, o meu cunhado morreu de câncer, e não faz muito tempo não (Lírio).

A morte dos outros pode possibilitar ao ser-aí uma proximidade à morte, pelo findar do outro ser algo objetivamente acessível. No entanto, *ninguém pode fazer a experiência da morte dos outros*. Podemos no máximo estar *junto* em sentido familiar, de apego. Mesmo assim, não poderíamos apreender essa condição como um modo de se chegar ao fim. Apesar de estarmos juntos, a experiência da morte do outro só pode acontecer se morrermos pelo outro⁽⁸⁾.

A morte-do-outro pode se mostrar marcante na vida dos que ficam, permitindo que experimentem o sentimento da perda. Sentimento este que só pode ser sentido pelos que ficam. Acompanhar a morte-do-outro permite aos que ficam experienciarem o fenômeno da perda, sem necessariamente deixar-de-ser-no-mundo.

Apesar da morte ser comumente evitada, naturalizada ou expressa na impessoalidade, em alguns momentos, de nossos encontros, os pacientes mostraram-se, na sua concreture, seres finitos, expressando de forma explícita a sua possibilidade de morrer, como nas falas a seguir:

senti que tudo acabou [...] que eu vou morrer [...] não nasci para viver para sempre (Cravo).

eu digo, não vou ficar para semente. Pensei assim comigo, se chegou a minha hora (Rosa).

Nesse dizer explícito sobre o seu próprio morrer, as pessoas se utilizam do pronome eu e se comunicam por frases que se referem à *minha própria vida, minha hora*. Afastam-se do dizer impessoal, do discurso do *todos nós morremos um dia* para, apesar de doloroso e estranho, apropriar-se da sua morte, de seu ser-aí-no-mundo finito.

Nesse momento, parece emergir a idéia de que não importam a idade, os planos futuros, a família, a morte é *presença viva* do movimento do existir humano.

Assim, essas falas aproximam-se do sentido da morte, como possibilidade que pode atravessar sua existência a qualquer momento, podendo inclusive surpreendê-lo. Esta condição de ser-para-a-morte do homem permite que ele possa pensar sobre a morte, como sua possibilidade concreta. Isto não significaria deixar de viver, mais sim, a compreensão de que esta possibilidade traduz-se na impossibilidade da existência, isto é, a impossibilidade de toda relação com, de todo existir⁽⁸⁾.

O homem é um ser mutante e desta forma não permite ser fixado no mundo. Através desta condição o ser-aí vivencia, por meio da angústia, a experiência de viver em um mundo inóspito, estranho, ao qual somos lançados a possibilidades, independente de nosso próprio arbítrio, quando o ser-aí questiona sobre a sua própria existência⁽⁷⁾.

Apesar dos momentos de assumir-se em sua finitude, são significativos os sentimentos de esperança de vida e de cura. São sentimentos que podem os afastar deste assumir a própria morte, mas ao mesmo tempo, mantém uma esperança na vida que hoje se apresenta.

A incerteza pelo futuro fica concretizada nos diálogos, em muitos momentos, que defrontam a possibilidade de morrer e a possibilidade de curar-se.

Esse sentimento de esperança pode fazer sentido, tendo em vista o próprio estadio do câncer dos pacientes deste estudo, não considerado, ainda, em fase de terminalidade, possibilitando, desta forma, investimentos tecnológicos que mantenham sob controle a manifestação da doença.

Para estes pacientes, a esperança pode mostrar-se como possibilidade de postergar seu momento de finitude, afastando o homem de assumir-se como ser-para-a-morte.

Ao falarem sobre a esperança de cura, apreendo sentidos diversos. Uma possibilidade de compreensão da cura, por eles relatada, refere à esperança de não mais ser um ser doente. Essa idéia pode ser percebida, por exemplo, quando Lírio afirma que *eu estou curada. A prova são os exames que eu vou fazer, que eu tenho certeza que nenhum vai vir* ou, quando Tulipa comenta que ...*a gente tem que dar o fim nela [a doença], se puder [...] estou aguardando o fim da doença, o que é que vai ser [...] tem que combater ela*.

Nestas falas, está explícita a esperança pela cura biológica, ou seja, que a doença seja banida do corpo e, como tal, comprovada por meios tecnológicos.

Neste contexto, pode haver relação entre esse modo de expressão da esperança com as informações recebidas pelos profissionais de saúde, ou seja, até que ponto, estes pacientes comprehendem a gravidade da doença nessa fase de metástase?

Nessa fase, do ponto de vista científico, não é esperada a cura biológica da doença e, se os pacientes explicitam essa possibilidade estarão refletindo a qualidade das informações recebidas? Ou ainda, estarão fugindo da sua condição de ser finito que a gravidade da doença torna concreta?

Outra possibilidade de compreensão da cura que emerge das falas transcende a idéia de cura biológica, mostrando-se em um sentido mais amplo, que envolve um ressignificar o momento presente naquilo mesmo que ele pode oferecer, na busca pela qualidade de vida, sendo evitada a vivência de

sintomas desagradáveis e permitida uma convivência que possibilite melhor suportar o peso da doença.

Eu estou vivo e são [...] Então graças a Deus que a saúde é boa [...] Graças a Deus, estou vivo e são bem dizer [...] A saúde é boa (Gérbera).

Nessa perspectiva, a busca pela *cura* como qualidade de vida, não nega a possibilidade de assumir-se como ser finito, mas explicita que o homem é mais que um corpo biológico.

Essa compreensão de cura que transcende a esfera biológica sinaliza para a importância dos profissionais da saúde de fundamentarem suas ações em referenciais que ampliem a compreensão sobre o processo saúde-doença, o cuidado e a condição humana de ser.

Cravo menciona, claramente, em sua entrevista, sobre o modo como gostaria que fosse cuidada:

eu só não queria morrer com o meu corpo deformado, em pedaços. Quando eu morrer, gostaria que o meu corpo estivesse inteiro. Não gostaria de sofrer e fazer minha família sofrer.

Esta interpelação abre uma discussão sobre o modo tecnicista de cuidado predominante, no qual o centro é o corpo biológico e no qual se pode fazer qualquer intervenção, desde que o mantenha funcionante.

Emerge significativamente que, independente da forma de mostrar-se da compreensão da cura por essas pessoas, é inegável que elas fogem da dor e do sofrimento. Todavia, a dor e o sofrimento, são inexoráveis ao existir humano.

Todos os pacientes apresentaram de forma explícita e detalhada os momentos mais difíceis e marcantes vividos em seu passado. E, um dos modos de lidar com a situação de doença e tratamento foi a configuração da vida em um novo cotidiano, um cotidiano modificado pela necessidade de novas rotinas que a doença impõe.

Apesar de se tratar de novo cotidiano, na situação vivida como presente, o homem experimenta o modo de ser imóvel, impessoal, que o iguala aos demais seres-aí. Especificamente neste estudo, o mundo *particular* da oncologia, no qual estão presentes equipamentos, drogas, profissionais, outros doentes, absorvem esses pacientes concretizando um novo momento que se apresenta em suas vidas.

A indeterminação da morte certa determina as ocupações cotidianas, colocando-lhes à frente as urgências e possibilidades previsíveis do cotidiano mais próximo⁽⁸⁾.

Assim, são observadas as mudanças cotidianas ocorridas com os pacientes, mostrando que o que eles colocam à frente como urgente, são as novas rotinas de exames, sessões de quimioterapia, o controle das reações adversas do tratamento. Esse é, no presente, o seu cotidiano mais próximo.

No entanto, esse novo cotidiano pode trazer a proximidade da possibilidade da morte por meio de algumas situações vividas que os lançam a esta possibilidade: a debilidade física do corpo; a vivência com a família e suas relações com outras pessoas, o que os aproxima ao olhar do outro: Olhar que acolhe, que protege, que sufoca, que vigia, que denuncia.

A debilidade do corpo mostrou-se por meio de limites físicos impostos pela doença e que podem contradizer a situação de esperança de vida e de cura.

Muitas vezes, o limite físico imposto pelo corpo, pela doença avançada, faz com que estes pacientes sintam-se *inúteis* perante os afazeres cotidianos, perante a sociedade. Essas situações revelam mudanças no modo de ser no mundo, com os outros, com as coisas e consigo mesmo.

O presente, assim, mostra-se repleto de limites e temores impostos pela doença. Limites físicos de emagrecimento, da falta de apetite, da possibilidade de não mais trabalhar, da fraqueza corporal constante e da dependência do outro na realização de tarefas consideradas corriqueiras.

São situações que podem fazer com que os pacientes reflitam sobre sua condição existencial. Quando eles expressam os limites impostos pela doença, o passado, o presente e o futuro confrontam-se constantemente, em um duelo de forças. A alteração do estado biológico, sentido no passado e no presente, confronta-se com a esperança viva quanto ao futuro, de postergar o morrer.

Pela fala das pessoas, em poucos momentos, parece ocorrer o movimento de projetar-se, de lançar-se para o futuro, mostrado incerto, como declara Margarida, ao ser questionada sobre o momento em que está vivendo: *você não sabe se a gente vai conseguir ou não vai [...] porque não fica uma coisa certa*. Nesses momentos, o futuro extrapola a dimensão daquilo que apenas poderá ocorrer amanhã, mostrando-se como poder-ser, aberto às incertezas.

Em alguns momentos de vivência autêntica, característica do existir humano, por mais que os pacientes acreditem na tecnologia, nos próprios profissionais de saúde e, acima de tudo, que se mantenha viva sua fé, as marcas físicas deixadas pelo avançar do câncer são evidentes, podendo fazer com que eles se confrontem com a possibilidade, cada vez mais concreta, da sua finitude.

A condição de ser-com-os-outros também permite que o paciente se depare com a sua situação de finitude, por meio das ações e palavras que são expressas pelo outro neste momento:

as minhas irmãs choravam, choravam.... Áí meu pai disse: 'não chorem! Porque a gente vê a 'Rosa', ela não tem nada [...] e porque vocês ficam chorando? [...] uma das minhas irmãs perguntou como eu estava, na igreja, e me disse: 'se fosse comigo, fazia horas que eu tinha morrido' (Rosa).

Do tipo que eu estava, todo mundo esperava pela morte [...] mesmo as crianças falam na escola para os amiguinhos deles, que têm medo que a mãe [ela] morra, que eles não querem ficar sem a mãe [...] Mas lá na vizinhança, eu sei que, junto, ali comigo, eles falam uma coisa, para fora eles falam outra. Eu sei mas... Teve gente que já me falou. Você vai tirar tudo junto, eu se você não tirava, porque disso aqui não se mexe (Lírio).

Eu vi ele [o marido] conversando. Ele pensou que eu não escutei e eu escutei. Eu vi ele falando sobre isso. E todas as pessoas que ele conheceu, foram antes do... parecia que foram antes da data prevista como se diz. Para ele, então aquela pessoa, se não tivesse essa doença iria viver mais (Margarida).

Como ser-no-mundo, o paciente com câncer constitui sua existência por meio de relações que ele tece com as coisas e com as outras pessoas. No que se refere às pessoas, ele passa a conviver principalmente com aquelas mais próximas, como os familiares, dando, assim, sentido à sua existência⁽⁹⁾.

É por meio desta teia de relações que a família, em vários momentos, pode expressar seus sentimentos, na tentativa de aliviar o sofrimento que acompanha a debilidade física e emocional do paciente. Debilidade essa que revela a possibilidade do vir a morrer. Porém, os familiares, em suas falas e ações, como o choro, a súplica para que o outro não morra e a própria espera pela morte, aproximam o paciente da concretude da possibilidade de seu morrer.

Nas entrelinhas das falas dos entrevistados está presente à idéia de que, no cotidiano, os familiares também sentem o peso da morte e, mesmo com as dificuldades de lidar com a finitude humana, a sua possibilidade torna-se tão significativa que transborda de seus gestos, palavras e ações.

Compreendo que, nesta situação, não significa que esses familiares estão permitindo que o paciente se volte para si, assumindo-se em sua finitude. Isso revela muito mais um extremo desconforto com a possibilidade de morte do outro. Ou seja, apesar do paciente verbalizar que a possibilidade de morrer foi referida pelos familiares, esse dizer não se constitui de uma maneira que permita que ambos, paciente e família, apropriem-se da realidade vivida em sua autenticidade.

Esse dizer parece um *falar por falar*, vazio de significado para o paciente, o que se reflete como *falatório*.

O falatório é um modo de ser cotidiano que transmite a linguagem impessoal. Essa linguagem é a fala cotidiana, corriqueira, que é pública, que *todos* falam, mas *ninguém* se apropria de seu significado. É a conversa do dia-a-dia, que é comunicada de boca em boca, pelo simples fato de se falar. É a preocupação por falar. O falatório não é compreendido de modo pejorativo, mas sim, como um modo de se permitir, por meio da fala, a convivência entre os seres-ai^(8,10).

Desta forma, fala-se muito que *câncer leva à morte*, que *leva ao sofrimento*. Estas expressões têm um peso emocional grande para quem vive a facticidade dessa doença, no entanto, também são expressões que já caíram na publicidade, no falatório e podem, muitas vezes, denotar esta falta de apropriação de significados vividos no cotidiano.

Do mesmo modo que os pacientes se referem implicitamente à morte, os familiares assim o fazem. Não falar sobre ela, não a denominando, revela-se a ambos, pacientes e familiares, como uma estratégia de dela se afastarem, o que é comum no cotidiano.

Nessas situações até então comentadas, o falatório, o não dizer revelam um modo de cuidar do outro que não o considera em sua singularidade. Ou seja, não há espaço para que o doente expresse o seu próprio pensar e sentir.

A maneira de relacionar-se com alguém, de forma envolvente e significativa, como *solicitude* ou, como abordado neste estudo, como *cuidado*⁽¹¹⁾.

Desta maneira, algumas falas podem ser compreendidas como um modo de cuidar considerado deficiente, inautêntico, por meio de ações de familiares que mostram extrema proteção do paciente:

[...] Se eu me mexo na cama, à noite, ela [a filha] está lá. Mãe a senhora não tem nenhum problema, não está precisando de nada? [a filha questionando a mãe] (Rosa).

Este modo de cuidar é caracterizado como sendo um fazer tudo pelo outro, *pular em cima do outro*, sufocando, dominando, manipulando, mesmo que de forma sutil⁽¹¹⁾. É o excesso de zelo, de carinho. É um modo de cuidar ao qual se mantém velada a real situação deste ser-afí.

Além do excesso de zelo, outras dimensões presentes nessas falas, como o não dizer, a não disposição do outro ao diálogo e o sentimento de pena, revelam modos inautênticos de cuidar.

A forma inautêntica de cuidar afasta o homem da possibilidade de assumir a sua real condição existencial, a sua possibilidade de ser-para-a-morte, afasta-o do seu ser-si-mesmo-próprio.

Um outro modo de cuidar é o cuidado autêntico, é um modo de *pular em frente ao outro*, isto é, *possibilitar que o outro possa assumir seus próprios caminhos, crescer, amadurecer, encontrar-se consigo mesmo*⁽¹¹⁾.

A relação com o outro, nesse contexto, requer algumas características básicas, mas importantes, a consideração e a paciência. Ter consideração por alguém se relaciona ao já vivido e experienciado com o outro. Já a paciência refere-se à expectativa de tudo o que pode vir a acontecer, àquilo que faz parte da existência humana, àquilo que é factual, não se pode fugir⁽¹¹⁾.

A consideração e a paciência, nessas entrevistas, se concretizam pelo apoio nas tarefas domésticas, nas visitas recebidas, no atendimento às necessidades do paciente em alimentação e distração. Isso implica, nesses momentos, que esses pacientes não se sentem desamparados: (...) *eles estão sempre ali do meu lado* (Lírio).

É importante esclarecer, neste momento, a presença da família como ente cuidador do paciente com câncer. Ao mesmo tempo em que ocorrem momentos de cuidar inautêntico, a família é reconhecida pelo paciente como uma fonte de apoio.

Ainda considerando o olhar, o gesto, o dizer e as ações do outro, dos outros seres-aí-no-mundo, em relação ao paciente, cabe destacar o seu envolvimento com a equipe de saúde.

Em todas as entrevistas, há falas voltadas para a relação estabelecida com essa equipe, o que faz sentido tendo em vista que os profissionais acabam por fazer parte, de modo significativo, da vida dessas pessoas que têm, a partir da facticidade da doença, seu cotidiano alterado. Ou seja, as internações, os exames, as sessões de quimioterapia, o acompanhamento freqüente passam a compor seu mundo.

Da mesma forma, como ocorre nas relações familiares, o cuidado inautêntico se apresenta nas ações da equipe de saúde. Esse cuidado se manifesta, em alguns momentos, por meio da tentativa de assumir o encargo que é do outro, no seu papel de cuidar de si mesmo. Assim, a equipe de saúde se apropria da responsabilidade que seria inerente ao paciente, tomando as decisões por ele. Em algumas falas, se faz presente esta atitude de tentar *dominá-lo*:

Depois que começou aquele negócio da ferida, foi que eu falei para a Dra. de lá. Ela me disse que eu tinha que vir para cá. Ela não me disse o que eu tinha, só me encaminhou [...] mas graças a Deus ... e com os remédios, o tratamento médico [...] porque não era só um ou dois médicos que iam me atender quando ia [a Curitiba]. Um fala uma coisa, outro fala outra e manda... [...] agora o braço dói bastante. Tem esse negócio, esse caroço aqui. Aqui eu tenho medo, não sei se é daquele machucado [da lesão no seio, metástase] (Crisântemo).

a gente deve obrigação para vocês, para os médicos (Gérbera).

aí eles falaram: tem que fazer a 'química', se eu concordava em fazer. Eu disse eu concordo. Eu fiquei quieta. O que é que eu vou fazer [...] não sei se eles vão fazer bastante 'química' ou pouco. Ou, o quê eles vão fazer de mim (Tulipa).

...eu disse para ela que, era dia 13 de dezembro, bem na época de apuro, eu falei para ela se dava para eu entrar em tratamento no dia 06 de janeiro, porque ela me deu a notícia no dia 12, dia 13, às sete e meia era para eu vir direto aqui. Daí eu disse para ela: eu trabalho, eu... Aí ela me respondeu: 'quem manda em você sou eu' (Margarida).

São extremamente significativas as falas que mostram um modo de lidar com o paciente marcado pelo mando. Ele fica submetido ao poder da equipe de saúde, especificamente do médico, não sendo reconhecido em seus direitos: direito à informação, à participação e à decisão esclarecida sobre seu próprio viver.

Isso não significa que os médicos não dêem nenhuma informação ou mesmo que sua atitude de mando para eles possa se justificar pela busca do que seja o *melhor* para o paciente.

Em estudo realizado com médicos a respeito das suas vivências diante do diagnóstico de câncer infantil, alguns pontos importantes foram abordados. Eles relataram que: existe diferença entre o que o paciente quer saber e o que o médico quer contar, sendo que, na maioria das vezes, as informações necessárias a estes pacientes são repassadas no momento da revelação do diagnóstico, não permitindo que sejam mais bem aproveitadas pelos pacientes e/ou familiares; ao relacionar-se com o paciente os médicos enfatizam o tratamento, a cura, cuidando para que tenham o mínimo de sofrimento⁽¹²⁾.

Esse modo de cuidar é reduzido à perspectiva biológica e está relacionado ao contexto da formação dos profissionais de saúde e da organização dos serviços que ainda não dão conta de subsidiar a construção de um modelo assistencial integral, humano.

Assim, no contexto deste estudo, pelo modo de cuidar do doente com câncer em situação de metástase que se revela, é nítido que para o profissional de saúde é muito difícil lidar com a gravidade da doença, tendo em vista seu encontro com a possibilidade do morrer.

Na busca pela atenção integral é primordial que a equipe de saúde fundamente suas ações em uma concepção ampliada sobre o homem, na sua existência, reconhecendo o fenômeno morte como parte integrante da existência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na maioria das vezes, os próprios familiares e os profissionais de saúde não estão em condições de falar sobre a possibilidade de morte. A todo ser humano foi dada a certeza do morrer, no entanto, a consciência da finitude reflete a necessidade do ser-aí buscar o sentido existencial deste chegar-ao-fim. Isto requer uma abertura do ser-aí, um questionamento das suas ações cotidianas e uma busca pela sua autenticidade.

Compreendemos que a vivência da doença, para alguns pacientes, os fez reconhecer-se como seres finitos, apropriando-se da possibilidade da morte como parte de sua existência. Isso não significa desistir da própria vida, ao contrário, aprender a conviver com a permanente dualidade vida-

morte. Acompanhar esta situação permitiu-nos um crescimento profissional e pessoal, revelando-nos o quanto é fundamental aprender a escutar, estando presente e respeitando o momento singular de cada um.

Porém, algumas situações relatadas pelos pacientes, a respeito do relacionamento profissional de saúde-paciente saltam aos olhos. Torna-se presente o modo de cuidar inautêntico dos profissionais, marcado por situações de

mando e pouco diálogo, denotando o não reconhecimento do doente como ser subjetivo e social.

Repensando a prática profissional, as vivências relatadas neste estudo, apontam para a necessidade de um cuidar acolhedor, o que implica também reconhecer os pacientes em sua finitude e, mais que isso, reconhecê-los e aceitá-los como seres-para-a-morte, considerando a possibilidade da impossibilidade do existir humano.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [homepage na Internet]. Brasília; c2000. [atualizado em 4 jul. 2004; citado 2004 jul. 4]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabcnet.htm#EstatVitais>.
2. Bielemann VLM. O ser com câncer: uma experiência em família [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1997.
3. Fonseca SM. A dialética da representação do tratamento quimioterápico para o doente oncológico: vida versus morte [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.
4. Ariès P. História da morte no ocidente. Trad. de Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro: Ediouro; 2003.
5. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 1996;4(2 Supl):15-25.
6. Heidegger M. Ser e tempo. Petrópolis: Vozes; 2002 v. 1.
7. Critelli DM. Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: EDUC/Brasiliense; 1996.
8. Heidegger M. Ser e tempo. Petrópolis: Vozes; 2002 v. 2.
9. Boemer MR. A morte e o morrer. 3ª ed. Ribeirão Preto: Holos; 1998.
10. Correa AK. Do treinamento do enfermeiro à possibilidade da educação em terapia intensiva: em busca do sentido da existência humana [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.
11. Spanoudis S. A todos que procuram o próprio caminho: apresentação e introdução. In: Heidegger M. Todos nós... ninguém: um enfoque fenomenológico do social. Trad. de Dulce Mara Critelli. São Paulo: Moraes; 1981. p. 9-24.
12. Capparelli ABF. As vivências do médico diante do diagnóstico de câncer infantil [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.