UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

A MORTE, O MORRER E O MORRENDO: estudo de pacientes terminais

*Tese apresentada ao Programa de Doutorado
em Enfermagem - Universidade de São Pau
lo - das Escolas de Enfermagem dos Câmp
de São Paulo e Ribeirão Preto, para obten
ção do grau de doutor.*

Orientador: Profa. Dra. Nilza Teresa Rotter Pelá

Orientanda: Magali Roseira Boemer

Ribeirão Preto

1 9 8 5

"Sobre a criação do mundo, diz uma lenda africana: Olofi, o Senhor que criou tudo - o bem e o mal, o bonito e o feio, o claro e o escuro, o grande e o pequeno, o cheio e o va zio, o alto e o baixo - criou também a Verdade e a Mentira. Fez, no entanto, a Verdade forte, marcante, bela luminosa, e fez a Mentira fraca, feia, opaca. Ao ver assim a Mentira, deu-a ela uma foice com a qual pudesse se defender. A Men tira sentia inveja da Verdade e queria eliminá-la. Certa ocasião a Mentira se defrontou com a Verdade e a desacatou. Brigaram. Empunhando sua foice, a Mentira, com um golpe, degolou a Verdade. Esta, vendo-se sem cabeça, começa a procurá-la tateando por volta. Apalpa um crânio que supõe ser o seu. Com esforço agarra-o e o arrancando de onde estava coloca-o so bre seu pescoço. Mas aquela era a cabeça da Mentira. Desde então, a Verdade anda por aí en ganando a toda a gente".

Sou grata a cada um dos humanos que estiveram comigo nessa trajetória de elaboração de um trabalho de tese, compartilhando de minha existência.

Por esse compartilhar-com, quero agradecer de modo especial a:

- Nilza Teresa Rotter Pelá - por sua orientação atenta, por sua amizade e por seu comportamento de abertura.
- Joel Martins - por seu existir amigo e profundo que possibilitou-me um novo horizonte, por sua solicitude* na assessoria desse trabalho.
- David Azoubel Neto - por sua disponibilidade e interesse em colaborar.
- Maria José Armaroli - por sua ajuda constante e por sua amizade.

* *Solicitude - Vorspringende Fürsorge.*

Agradeço

ao CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - o qual, através de sua Superintendência de Desenvolvimento Científico, concedeu-me auxílio-pesquisa para a execução deste trabalho.

S U M Á R I O

I.	INTRODUÇÃO	01
II.	A TEMPORALIDADE DO AUTOR	16
III.	O MORRENDO	22
	1. Encontros com pacientes terminais	23
	2. Compreensão do paciente terminal	146
IV.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	187
V.	R E S U M O	191
VI.	S U M M A R Y	192
VII.	BIBLIOGRAFIA	193
	A N E X O I	194

1. INTRODUÇÃO

A perplexidade diante do fenômeno da morte fez parte do meu viver e como profissional sempre estive inquieta com a facticidade dos pacientes chamados terminais, independentemente da moléstia que os levava a esse estado de terminalidade.

Inicialmente essa inquietação assumiu um caráter de observação do comportamento do pessoal da equipe de saúde e de enfermagem no trato com os pacientes destinados à morte, em um hospital universitário. Uma vez declarado o estado de terminalidade, os pacientes ficam muito sós, queixam-se que o médico não vai mais ao seu quarto, a extensão da prescrição médica aumenta e tende a tornar-se repetitiva atendo-se mais a cuidados gerais e dieta, no sentido de manutenção da integridade biológica dos pacientes.

Essas prescrições abrangem medidas terapêuticas destinadas à sedação de dor, hidratação, eliminação, alimentação oral ou extra-oral, melhoria de condições respiratórias, observações de sinais chamados vitais como pulso, respiração, temperatura e pressão arterial e medidas paliativas como transfusões de componentes sanguíneos.

Cada medida prescrita recebe um número ordinal e ocupa uma linha da folha destinada à prescrição médica, tornando-a extensa em número de itens prescritos.

Um olhar atento para essas prescrições permite observar que um grande contingente desses itens são relativos a cuidados de enfermagem rotineiramente prestados a pacientes acamados - *banho, higiene da boca, higiene íntima, mudança de decúbito, exercícios de movimentação passiva, observações de condições da pele, condições circulatórias, observações de eliminações fisiológicas, lubrificação dos lábios*, cuidados esses que, a rigor, deveriam ser prescritos pelo profissional de enfermagem.

Há de se ressaltar ainda que essas prescrições se mantêm por vários dias sem alterações significativas em seu conteúdo. A sua extensão, entretanto, parece sugerir que um grande número de medidas estão sendo tomadas em relação ao paciente terminal.

As anotações médicas relativas às evoluções clínicas do paciente também são repetitivas, não expressando a terminalidade em si e, em geral são do tipo: *Paciente nas mesmas condições* ou *Condições Inalteradas* ou ainda *Diagnóstico: mantido*, *Conduta: mantida*.

No que se refere às anotações de enfermagem, o mesmo pode ser observado, pois são referentes essencialmente aos aspectos técnicos do cuidado prestado e às funções fisiológicas do indivíduo. Traduzem, portanto, o caráter funcionalista da instituição, que prevê determinadas tarefas que devem ser cumpridas e registradas, ao qual o pessoal de enfermagem se adapta.

Entre os membros da equipe de enfermagem há ansiedade no momento em que a enfermeira responsável pelo plantão faz a escala de trabalho dos funcionários, momento esse em que

é definido quem irá cuidar do paciente terminal que eventualmente ali esteja internado. Essa situação reflete-se nas tentativas de mudança de escala sob as mais variadas alegações e justificativas.

Os pacientes queixam-se que os elementos da equipe de enfermagem limitam-se a dar-lhes os cuidados mínimos, permanecendo na enfermaria apenas o tempo necessário para tal e, isto indica a meu ver, a inexistência de uma proposta de aproximação a este paciente, de estar-com-ele em sua situação de terminalidade por parte do pessoal de enfermagem. Quando alguém da equipe se propõe a atuar sob esse enfoque, o faz por iniciativa pessoal e não por que essa seja uma filosofia do Serviço.

Minha inquietação teve sempre, durante muitos anos, um caráter espectral e assumia proporção maior quando permanecia ao lado de um paciente que já morrera, sentindo que meu papel de profissional de saúde não se completava sem pensar na importância que eu deveria dar ao período que antecedia a morte. É nesse período de preparação para a morte que o papel do profissional de saúde assume significação.

Entretanto, o que se evidenciava para mim é que, para a equipe de enfermagem, o momento em que ocorre a morte é o momento em que há tecnicamente algo concreto para fazer: *o preparo e identificação do corpo, o preenchimento e encaminhamento de diversos papéis em atendimento à burocracia da insti*tu*ição; a guarda e encaminhamento dos pertences do paciente e a limpeza da unidade que o paciente ocupou.* Assim, consumado o morrer, é grande o afluxo de funcionários à enfermaria, cada um se desincumbindo de parte das tarefas de modo que o corpo

dali seja retirado o mais rápido possível.

Há toda uma sincronização do trabalho a ser feito, havendo um funcionário que chama o elevador, enquanto outro aguarda na enfermaria para levar o corpo colocado numa maca. À chegada do elevador, a maca é rapidamente introduzida no mesmo, de modo a não ficar no corredor expondo para os outros pacientes a visão da morte. Esse ritual para tentar ocultar a morte no hospital reflete uma ideologia da instituição — local para cura, para saúde, não havendo espaço para o morrer.

No sistema de comunicação encontram-se outros mecanismos utilizados para ocultar a morte, já evidenciados por estudos nesse hospital*. Assim, a própria palavra morte é evitada e diz-se que o paciente *foi a óbito* ou *teve parada cardíaca*. Para o paciente terminal são utilizadas as terminologias PFPT - paciente fora possibilidades terapêuticas; SWAT negativo, síndrome de JEC (Jesus está chamando).

Há de se considerar mais uma vez o caráter funcionalista da instituição, pois onde há tarefas claras, pré-determinadas elas são rapidamente assimiladas e cumpridas. Isto não ocorre quando o paciente vivencia sua terminalidade próxima onde nada é claro, onde não há possibilidade de operacionalização de conteúdos ou de conceitos, onde é impossível se determinar o que e como fazer.

* FERREIRA-SANTOS, C.A. - *Os profissionais de saúde enfrentam-negam a morte*. IN: MARTINS, J.S. *A morte e os mortos na sociedade brasileira*. São Paulo, Hucitec, 1983. 15-29.

É interessante atentar aqui para a dinâmica de ações médicas e de enfermagem que se processam num centro obstétrico que tem o nascer como pano de fundo. As equipes médica e de enfermagem têm bem presente e definida sua atuação. Assim, na admissão de uma parturiente, o pessoal da equipe sabe quais as tarefas a serem realizadas, as técnicas a serem executadas com a parturiente, os cuidados de enfermagem a serem prestados, assim como o pessoal que atua no berçário sabe exatamente como proceder com o recém-nascido. Apenas uma situação, entretanto, pode provocar a quebra dessa sintonia e causar desconforto na equipe: se a morte ocorrer nessa situação tida como *de vida*; se isso ocorrer, as tarefas não são explícitas, surgem conflitos entre médicos e enfermagem sobre quem irá comunicar a morte do recém-nascido à mãe ou da mãe aos familiares. Todos se concentram nas tarefas a serem realizadas de modo a afastar a morte de um mundo onde ela ousou se fazer presente.

Esses dois momentos da existência humana - o nascer e o morrer - têm sido tratados como exclusivos e merecido atenção diferente por parte do pessoal da área de saúde.

Desta forma, como não há normas claras ou modelos de assistência ao paciente terminal, a equipe não sabe exatamente o que fazer e a tendência é deixar o assunto para discutir depois, produzindo um tipo de morte social para o paciente.

Diante de tantas dificuldades nessa área é que iniciei desde 1983, a abordagem do tema da morte e o relaciona-mento com o paciente terminal em uma unidade dos programas das disciplinas de Fundamentos de Enfermagem e Instrumentos Básicos de Enfermagem, ministradas a alunos do segundo e primeiro anos do Curso de Graduação em Enfermagem.

Essa vivência possibilitou-me consolidar o que vinha observando e lendo sobre o fato de os profissionais de saúde não considerarem que estão sendo preparados para lidar também com a morte assim como com a manutenção da vida. Quando as tentativas para preservá-la não são bem sucedidas, configurando-se a idéia de morte expressa através de um paciente terminal, os profissionais de saúde não sabem o que fazer, como se isso não lhes dissesse mais respeito.

A concepção de profissional de saúde com o objetivo de manutenção da vida é passível de observação já no primeiro ano do curso. Percebi que ela já se instalara pela reação dos alunos quando propus que conversássemos sobre a morte e sobre o relacionamento com o paciente terminal.

Assim, quando entre outros aspectos da comunicação coloquei a comunicação com o paciente à morte como um dos temas de apresentação de trabalho de grupo, houve murmúrios na classe e alguns mais enfáticos inqueriram-me se era possível a substituição do tema. No momento da divisão da classe para estudo dos diferentes aspectos da comunicação, nenhum grupo espontaneamente selecionou o referente ao paciente terminal, sendo necessário que a classe acabasse optando por um sorteio para indicar os alunos que pertenceriam a esse grupo.

Apesar do critério de sorteio adotado houve pedidos de mudança e, quando tive o primeiro encontro com esse grupo para expor os objetivos, a dinâmica de trabalho e a bibliografia, encontrei alunos tensos, pouco participantes, visivelmente contrariados com a tarefa que teriam pela frente. Os demais colegas que estudavam outros temas, iniciaram brincadeiras do tipo *Não queremos nem chegar perto de vocês* ou *Você é do*

grupo da morte, vai para longe de mim.

À medida que prosseguiam nas leituras e nas discussões os alunos foram se descontraindo e se interessando pelo assunto. O entusiasmo foi sensível para os demais colegas e os alunos que haviam solicitado troca de grupos passaram a solicitar inclusão. Foi o grupo que mais leu, mais explorou e mais solicitou a presença do professor durante a fase de preparo do trabalho e o entusiasmo era intenso.

No dia da apresentação, pela ordem dos trabalhos, o tema da morte foi o último a ser exposto. Após a exposição dos temas que o antecederam, as discussões foram mínimas quando se abriu para debates; a classe parecia preocupada em cumprir as tarefas rapidamente e o intenso calor, o ruído de um ar condicionado insuficiente para amenizá-lo e o fato de ser uma tarde de sexta feira, quando os alunos residentes fora da cidade vão para suas casas, pareciam contribuir para o clima de pressa.

Para surpresa minha, quando o grupo iniciou a apresentação do tema relacionado à morte, a expectativa era grande: alguém desligou o ar condicionado para eliminar o ruído, alunos sentados no fundo da sala chegaram-se mais à frente e houve absoluto silêncio durante a apresentação. Quando essa foi encerrada, afluíram à mesa grande número de questões para debates de modo a estender a duração da aula por 90 minutos.

Os alunos do grupo, satisfeitos com o trabalho realizado, continuaram a solicitar leituras e discussões, não se observando mais a rejeição inicial ao tema. Essa experiência veio acentuar em mim a idéia de que é possível que se deixe de tratar a morte como oposição à vida, mas como parte inalienável da temporalidade de cada um de nós enquanto seres que somos,

destinados à morte¹.

No prosseguir de minha trajetória, passei a olhar atentivamente para uma cena que faz parte do mundo-vida desse hospital. Assim é que no momento da morte uma equipe é mobilizada para proceder à reanimação do corpo: essa equipe recebeu o nome de SWAT, inspirada no seriado de televisão do mesmo nome. Quando a reanimação do corpo é inviável, essa equipe se afasta de modo rápido e uniforme, como se houvesse um acordo mútuo para abandonar o local quando o corpo não responde aos estímulos de reanimação.

No caso de paciente terminal, ele é designado pela equipe médica como SWAT negativo e essa informação é recebida e decodificada pela enfermagem como: *não há nada à fazer, não acionar a equipe SWAT caso o paciente "pare"*.

O significado do conteúdo dessa mensagem é claro para os membros da equipe de enfermagem e, durante a passagem de plantão - momento em que a equipe que deixa um plantão comunica para a que inicia seu turno de trabalho todos os fatos ocorridos com os pacientes internados numa clínica - a mensagem é emitida, por exemplo, da seguinte forma: *O 608-4 continua nas mesmas condições, SWAT negativo*. Esses números significam, respectivamente, o número da enfermaria e do leito e o SWAT negativo contém a mensagem da terminalidade. A omissão do nome do paciente, entretanto, não é um privilégio dos terminais mas, em geral, é uma conduta adotada para com todos os pacientes.

¹ HEIDEGGER, M. - *El posible "Ser Total" del "Ser Ahi" y el "ser" relativamente a la muerte*. In: ——. *El Ser y el tiempo*. 5a. ed.. Tradução de José Gaos. México, Fondo de Cultura Económica, 1974, pág. 258-291.

Do caráter de observação inicial, passei a ler sobre o assunto e foi gratificante verificar o grande número de autores que vêm se dedicando ao estudo do tema da morte e da assistência aos pacientes terminais, número esse em fase crescente no momento presente; esses autores com as mais diversas formações profissionais, abordam o assunto sob várias óticas, utilizando metodologias as mais variadas, cada qual dando sua contribuição.

A divulgação desses estudos tem sido feita sob a forma de livros, edição de Anais de Encontros ou Seminários, artigos em jornais, peças teatrais, programas de televisão e periódicos nacionais e estrangeiros; inclusive há um periódico norte-americano específico do tema - OMEGA - American Journal of Death and Dying, editado a partir de 1971.

As publicações desses autores estão referenciadas no Anexo I. A consulta à literatura, todavia, não satisfaz minha inquietação.

Um grande contingente desses autores é de origem norte-americana e, portanto, os estudos realizados contam com o revelamento do diagnóstico pelo médico ao paciente, tornando a fase terminal explícita para ambos. Nesse caso, no relacionamento que se estabelece entre um profissional e o paciente terminal não existe o elemento velador do diagnóstico.

No Brasil, a situação é diferente. O paciente geralmente não conhece o diagnóstico de sua doença ou mesmo parte dele enquanto paciente terminal e o seu relacionamento com um profissional de saúde fica condicionado a uma sucessão de mentiras e racionalizações até atingir um ponto insustentável onde o diálogo não é mais possível.

Percebe-se também uma tendência em tratar do assunto da morte e dos pacientes terminais de acordo com as especialidades médicas, ou com a fase em que o indivíduo se encontra dentro do que se chama ciclo da vida. Assim, encontram-se artigos que tratam da *Morte em Pediatria*, *Morte na Infância*, *Morte em Unidades de Terapia Intensiva* ou ainda *Morte em pacientes portadores de determinadas patologias*, *Morte em enfermarias de geriatria*, *Morte Fetal*, sugerindo que o morrer pode assumir características específicas.

Desta forma, a leitura da bibliografia foi duplamente produtiva por possibilitar maior conhecimento do assunto e aumentar a minha inquietação quando sentia que o centro vital do tema não fora atingido e o paciente terminal continuava a se apresentar de forma obscura, velada.

O momento seguinte consistiu na participação em eventos que de alguma forma tratavam do tema da morte, incluindo Palestras, Seminários ou Encontros onde trabalhos eram divulgados e discutidos. Novas inquietações surgiram, pois, intrigavam-me as abordagens metodológicas desses trabalhos que na proposição de respostas sobre o assunto, não respondiam porém à premissa maior, o des-velamento do paciente terminal.

As leituras e a participação nesses eventos encorajaram-me a continuar. Elaborei um plano de trabalho, utilizando a metodologia científica das ciências naturais, que tornasse possível chegar à proposta de um modelo de assistência de enfermagem ao paciente terminal. Entretanto, à medida que me aproximava desse paciente e das pessoas da equipe que com ele se relacionavam de alguma forma, sentia a complexidade do paciente em sua situação de terminalidade e comecei a recear que for

mulas não se adaptariam a esse tipo de estudo e que meus questionamentos mais profundos não seriam atendidos.

Minha proposta de aproximação continha basicamente uma proposição de relação de ajuda com o paciente terminal e a grande dificuldade se fez sentir: *Como ajudar se não conheço a quem estou ajudando?*

Naturalmente que esse foi um trajeto longo até que a pergunta orientadora se propusesse de forma clara, mas quando ela se propôs, percebi a necessidade de uma trajetória que procurasse responder *o que é isto, ser o paciente terminal? O que é isto, estar vivenciando a finitude próxima? O que é isto, conviver com a idéia de morte iminente? O que é isto, o morrendo?*

É esta perplexidade que permite uma relação de distância para ver que as coisas são como elas são e não de outra forma; a perplexidade é uma disposição através da qual e pela qual o Ser se desdobra.

A questão orientadora *O que é isto, ser o paciente terminal* implica numa relação de estranheza que pede uma resposta à questão; nessa resposta existe uma trajetória de modo que esse *isto* possa depois ser habitado tornando-se familiar.

A trajetória² mais indicada seria aquela que pudesse clarear, iluminar a terminalidade como fenômeno e minha inquietação assume outra configuração: *Como é o paciente que está vivenciando sua situação de terminalidade? Quais são suas expectativas, seus sentimentos, suas emoções?*

Minha aproximação do paciente foi então tomando outra forma e senti-me menos compromissada em acertar, em proporcionar-lhe alguns momentos melhores ou em fazê-lo sentir-se apoiado. De uma proposta inicial

² TÁPIA, L.E.R. - *Método em fenomenologia*. IN — MARTINS, J. e col. - *Te mas fundamentais de fenomenologia*. São Paulo, Ed. Moraes, 1984, pag. 69-74.

de relação de ajuda, passei a uma proposta de "compreensão"^{3,4}.

Do compromisso inicial com um trabalho que se propunha a ajudar passei a um compromisso com o paciente terminal no sentido de "compreendê-lo" em sua terminalidade e conhecer como ela se apresenta para ele. Para essa trajetória não haveria hipóteses, não me propunha mais a desenvolver modelos de assistência; propunha-me a ver como se mostra esse ser cuja finitude é próxima.

A busca de uma metodologia que possibilitasse minha aproximação do paciente terminal mais livremente, procurando vê-lo em sua terminalidade, penetrando em seu mundo, levou-me ao método fenomenológico.

A fenomenologia trata de descrever os fenômenos tais como eles se apresentam e significa discurso esclarecedor a respeito daquilo que se mostra por si mesmo; como ciência do rigor a fenomenologia procura examinar a experiência humana de uma forma rigorosa.

No percurso dessa trajetória, buscando penetrar no mundo do paciente terminal, estava diante de uma interrogação sobre a questão do Ser, questão essa inseparável da inquietação humana e que norteou o pensar Heideggeriano⁵.

Esse caminho leva o pensar a dar um passo atrás, ao impensado e coloca em questão todo o pressuposto, evitando cautelosamente a preten

³ BICUDO, M.A.V. - Prefácio. IN — MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. - Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação. São Paulo, Ed. Moraes, 1983, pág. 7 a 16.

⁴ FORGHIERI, Y.C. - Fenomenologia, existência e psicoterapia. IN — FORGHIERI, Y.C. e col. Fenomenologia e psicologia. São Paulo, Ed. Cortez, 1984, pág. 11-33.

⁵ HEIDEGGER, M. - Necesidad, estructura y preeminencia de la pregunta que interroga por el ser. IN: — El ser y el tiempo. 5a. ed. Tradução de José Gaos. Mexico, Fondo de Cultura Económica, 1974, pág. 11-25.

são de oferecer soluções prontas. No lugar da consciência pura, do eu transcendental, Heidegger parte da vida na sua facticidade no mundo, da vida que é em última análise histórica e se compreende historicamente.

Sob essa ótica, o paciente terminal é a de um Ser-aí, e estaria aguardando a morte enquanto possibilidade para todos nós e, mais próxima para ele, dada sua facticidade - ter contraído a moléstia que o está levando para a morte.

É necessário que esse Ser-aí seja compreendido em termos de sua existência, cuja questão se inicia com o aspecto ôntico do Ser-aí e, nesse sentido, precisa ser compreendido em termos de sua temporalidade.

A estrutura fundamental do paciente terminal como Ser-aí revela-se como a de um ser-no-mundo que é indicado, decomposto em seus diversos momentos. Ele está inserido no mundo de contradições factuais e, portanto, é um ser-aí-no-mundo; sua doença é uma facticidade não só do seu corpo mas desse mundo também.

Para a compreensão da existência do Ser-aí enquanto Ser-aí-no-mundo, é preciso analisar a existência cotidiana, isto é, de estar sempre no mundo e com os outros, pois, existir é Ser-no-mundo-com-os-outros o que significa que a existência é sempre pessoal, porém situada num contexto de outros⁶.

O paciente terminal enquanto Ser-aí-no-mundo tem sua existência dependente das suas relações com o ambiente das coisas e com outras pessoas e, portanto, sua existência é uma existência compartilhada. Ele existe, portanto, com os objetos do seu redor, e seu mundo é o lugar onde está junto com essas entidades e com outros Seres-aí.

⁶ HEIDEGGER, M. - *Todos nós... ninguém*. Tradução de Dulce Mara Critelli. São Paulo, Ed. Moraes, 1981, pag. 9-58.

Penetrar nesse mundo do paciente terminal, cuja existência passa a ser compartilhada com objetos e pessoas que trabalham em um hospital, e compreendê-lo nesse mundo é a proposta deste trabalho.

O acesso aos pacientes que constituem os humanos deste estudo não sofreu qualquer contestação por parte da equipe médica e foi possível me aproximar desses pacientes terminais diariamente por várias semanas sem que o pessoal da Clínica se apercebesse disso ou se o fez, viesse a inquirir-me sobre o motivo de minhas visitas.

Este fato caracteriza a situação de solidão do paciente terminal como ser ôntico na enfermaria, como presença simples e objetivada que ocupa um leito. A equipe por vê-lo como entidade, não está atenta para sua existência enquanto Ser-aí e, portanto, não pode interessar-se por seus relacionamentos com outras pessoas.

Essa situação nos remete ao início desse capítulo quando me referi ao paciente terminal, designado como SWAT negativo, freqüentemente deixado só ou com seus familiares, destoando dos objetivos da Instituição.

Esse paciente terminal, em geral, não é informado de seu diagnóstico e prognóstico pela equipe médica; a família recebe alguma informação na pessoa de algum familiar (um dos filhos, o marido, a esposa, um irmão, o pai ou a mãe).

A terminalidade não é explícita para o paciente e nos casos em que suas questões sobre seu diagnóstico são muito insistentes e consistentes, é comum que a equipe, através do médico residente faça um pedido de consulta à clínica psiquiátrica do hospital; desta forma, um residente de psiquia-

tria vem atender o paciente e, após uma avaliação, se julgar oportuno revelar-lhe o diagnóstico, o faz.

Os resultados dessa conduta têm-se revelado desastrosos e o paciente tende a apresentar agressividade para com toda a equipe, fazendo muitas solicitações, provocando uma situação de descontrole na equipe de enfermagem. Por algumas vezes tive oportunidade de presenciar essa situação quando fui solicitada pela enfermeira para conversar com esse paciente que se tornara *difícil*, essa qualificação era dada pela pessoa que me fazia a solicitação.

Quando iniciei minha aproximação ao paciente terminal, penetrando em seu mundo, procurando des-velá-lo tinha conhecimento de todo esse contexto e de que não havia trabalho de equipe que o assessorasse.

II. A TEMPORALIDADE DO AUTOR

*(tendo sido, sendo, vindo a ser)*⁷

É inevitável na temporalidade de cada um de nós que nos deparemos com a morte. Nesse encontro, iniciam-se os questionamentos sobre a natureza da vida e da morte, suas indagações e implicações.

Para mim, essa deparação iniciou-se muito cedo, não por ter sofrido perda de familiares mais diretos, mas por ter vivido minha infância num tempo onde a morte, assim como o velar do corpo ocorriam em casa; era também um proceder natural o hábito de se levar crianças a velório. Pertencço, portanto, a uma geração de crianças às quais não se ocultava o morrer, às quais se permitia participar dos rituais que envolvem a morte em nossa cultura, às quais cabia o dever e o direito de carregar um caixão quando o morto em seu interior era uma criança.

Nesses encontros com a morte em minha infância lembro-me que ficava muito atenta às expressões faciais dos familiares, imaginando como estariam se sentindo, como traçariam sua trajetória sem a pessoa que morrera. Preocupava-me também as coisas que pertenciam ao morto. Que seria feito delas? Natu-

⁷ CRITELLI, D.M. - *Ontologia do cotidiano ou restate do Ser: poética Heideggeriana*. IN: — MARTINS, J. e col. - *Temas fundamentais de fenomenologia*. São Paulo, Ed. Moraes, 1984, pag. 23.

ralmente que essa preocupação se atinha a coisas materiais, ao que lhe havia pertencido em vida e indagações outras não claras para mim na ocasião.

Hoje eu diria que minha indagação se traduziria numa questão: *Quem foi ele?*.

Assim, penso que minha aproximação ao tema da morte não ocorreu em um momento, mas num suceder de momentos em que ela se apresentava a mim de forma mais ou menos direta. Penso também que minha indagação em saber: *Quem foi ele?*, continha uma preocupação em saber *Como foi sua existência?* e como ela se fez sentir para os familiares.

Os anos se sucederam e a opção por uma formação profissional foi a enfermagem. Nesta época era bastante claro para mim o meu desejo de cuidar de pessoas doentes. Lembro-me que meus pais, sabendo-me uma pessoa que não gostava de maus odores, resolveram pôr-me à prova conseguindo um estágio voluntário em um pequeno hospital-geral da cidade onde morávamos.

Embora desconhecendo o que era enfermagem vi-me dentro de um hospital e comecei a inteirar-me como era esse mundo, o que significava viver nele e, apesar de ter sido difícil enfrentar os maus odores, esse mundo, de alguma forma, me fascinava.

Não creio que seja por acaso que eu me lembre muito claramente de dois momentos em minha vivência nesse mundo, expressos por duas cenas. A primeira, a de um jovem casal muito feliz com o nascimento de seu primeiro filho e eu ali, meio aturda por ter presenciado um parto, sentido que estava "com" eles em sua alegria. A segunda, a de uma jovem senhora, que gritava muito de dor e ocupava um leito de uma grande enfermaria; os

demais leitos se achavam sempre vagos e as pessoas pertencentes ao quadro do hospital comentavam: *Ela grita de dor. Vai morrer. Nem adianta ir lá, não há mais nada que se possa fazer.* Essa senhora estava sempre sô, sempre gritando e por várias vezes eu me aproximei dela para conversar.

Nada posso dizer dos conteúdos dessas conversas por que não houve retenção. Entretanto, sei que o que ficou é a certeza de que não era impossível transpor a porta daquela enfermaria e que era possível estar-com-ela em sua tristeza.

Hoje, revivendo esses fatos para me posicionar diante de um tema de tese, percebo que os dois momentos citados dizem respeito à vida e morte, como se intuitivamente eu houvesse percebido a inalienabilidade dos dois fenômenos.

Tornei-me enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em 1968 e como resultado da formação profissional na área de saúde, incorporei a informação dada de que todas as ações visam a preservação da vida e, em consequência, quando bem sucedidas, significam o sucesso do profissional. A constatação da morte iminente significa um fracasso. Este discurso, todavia, não é um discurso claro ou explícito. Ele é implícito nos conteúdos programáticos e que evidencia toda a preocupação de atuação dentro de relações causais, características do método das ciências naturais. Assim, se há doença, vamos atuar para curá-la e devolver o indivíduo à sociedade.

Enquanto aluna de enfermagem não me apercebi da força desse discurso e, gradativamente, se cristalizava para mim a concepção de que seria profissional da saúde e, portanto, de preservação da vida.

Ressalta-se que nessa época, as técnicas de reanimação cardíaca para os casos em que o coração *parava* eram ensinadas aos alunos de medicina e de enfermagem e desses, esperava-se que agissem com prontidão para reanimar um organismo cujo coração tivesse parado e que viesse a morrer. As unidades de terapia intensiva começam também a surgir no mundo do hospital caracterizando uma situação onde todos os recursos tecnológicos e humanos são utilizados para preservação da vida. As escolas de enfermagem desenvolveram-se segundo o modelo das escolas médicas e segundo o referencial organicista. Mesmo quando a formação humanista inicia sua penetração nas escolas de enfermagem através das disciplinas do domínio das Ciências Humanas, sugerindo ao profissional um elo, uma relação de ajuda *enfermeiro-paciente*, persiste a ênfase na vida, pois na morte do paciente ocorre ruptura desse vínculo que é sentida pela enfermeira como um sentimento de fracasso.

No primeiro ano do curso, a concepção de profissional de enfermagem preocupado com a vida já se instalava e hoje apercebo-me disso ao lembrar de um episódio: ao fazer uma prova prática que consistia em dar um banho em um paciente acamado, o mesmo morreu mal eu iniciara o procedimento do banho. Durante muito tempo fiquei me perguntando: — *O que eu fiz de errado nesse banho que levou o paciente à morte?*

Tal episódio fez gerar em mim um sentimento de culpa, de inaptidão, de falha como profissional de saúde em potencial. Foi meu primeiro contato com a morte no hospital e que diferia muito dos contatos que tivera com a morte antes do ingresso na escola de enfermagem. Era uma morte solitária porque indesejada, porque incompatível com os propósitos da Instituição.

A chamada urgente de um médico-plantonista ocorreu um médico jovem, de gestos calmos, que após examinar o paciente e constatar o óbito, apercebeu-se de minha estréia como aluna, diante da morte e disse-me que a essa, outras muitas se seguiriam, que aquele paciente estava muito mal e que a morte fora o melhor para ele. A sensação de haver cometido alguma falha foi amenizada, mas suas palavras gravaram-se em mim.

Até minha graduação foram muitos os momentos em que me deparei com sofrimento e morte de pacientes e se instalou em mim uma questão vital: O que o mundo do hospital estava fazendo com o ser, uma vez que se ocupava apenas de seu organismo? Poderia dispor desse ser como se percebia claramente nos comportamentos do pessoal da equipe? O exemplo mais marcante desse meu questionamento foi o de uma paciente de aproximadamente 50 anos que havia se submetido a uma cirurgia para retirada do ûtero. Eu cursava o segundo ano e estava escalada para cuidar dessa paciente, já prestes a receber alta hospitalar. No dia de sua ida para casa, ela chamou-me e com cautela, em voz baixa, disse-me, como se desculpando de sua ousadia:

— *"Minha fia, quero fazê uma pergunta, mas não quero que me leve à mãr, é só pra eu sabê o que falá pro marido quando chegã em casa: do que foi que me operaram? tiraram arguma coisa de mim, dos meus miûdo?"*

Confesso que fiquei aturdida com a pergunta e com a redução orgânica dessa senhora feita pela equipe, enquanto ser.

Uma vez graduada, numa situação que envolvia a morte, perdi meu primeiro emprego, pois uma criança morreria por negligência do atendimento e, como enfermeira, entendi que deve-

ria apurar as responsabilidades. Podia aceitar a morte como trajetória de vida mas não podia aceitá-la por negligência. Foi quando fui convidada para docência na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, em 1969, na Disciplina de Fundamentos de Enfermagem, onde exerço minhas atividades de professor-assistente.

Como docente, fiz habilitação em enfermagem de Saúde Pública, por ser a única possibilidade então existente. Durante esse curso de um ano, entre outras atividades, tínhamos a de orientar gestantes e mães nas áreas de pré-natal e puericultura. Eram orientações gerais de enfermagem, incluindo noções de saúde e dos recursos que se dispunha para sua manutenção.

A técnica de orientação vigente era a de grupo, bastante recomendada e incentivada pela literatura, como sendo a que proporcionava maior rendimento em menor tempo.

Entretanto, eu não conseguia seguir essa norma de orientação e optava sempre pela orientação individual dessas gestantes e mães que me possibilitava senti-las, saber um pouco do seu mundo e estar-com-elas-nesse mundo durante o tempo em que estivéssemos juntas. Só assim era capaz de compreendê-las e fazer-me compreender.

A habilitação em enfermagem de Saúde Pública foi decisiva para perceber a minha preocupação com o Ser do homem na sua facticidade, sendo-no-mundo-com-os-outros, numa existência compartilhada.

III - O MORRENDO

Em minha proposta de estudo de tornar manifesto, de revelar o paciente que está vivenciando sua terminalidade próxima, de compreendê-lo, era necessário que o paciente se mostrasse a mim. Compreensão é concebida não como alguma coisa a ser possuída, mas como um modo de ser-no-mundo. É ontologicamente fundamental e anterior a cada ato da existência⁸.

O homem procura essencialmente a proximidade e é por ela que o mundo e os entes a ele se mostram. É a faculdade de desfastamento, exercida pelo Ser-aí em seu cuidado cotidiano, que nos revela o ser-em-si do mundo verdadeiro, isto é, do ente do qual o Ser-aí, enquanto existe, está sempre-já presente⁹.

A linguagem é o ponto de união entre o Ser que se manifesta, se des-vela e o homem, que, caracterizando-se por seu comportamento de abertura, o capta.¹⁰ O que dá ao homem condição de falar, é o fato de que é um ser de presença¹¹.

8 - PALMER, R.E. - *Heidigger's contribution to Hermeneutics in Being and Time*. In: _____ *Hermeneutics*. Evanston , Northwestern University Press, 1969 pg.131.

9 - BEAINI, T.C. - *À escuta do silêncio*. São Paulo, Ed.Cortez, 1981,pg.40

10 - *Ibidem* pg.17

11 - *Ibidem* pg.27

O fundamento ontológico-existencial da linguagem é o discurso. O discurso é a articulação daquilo que é compreensível. A linguagem é o discurso pronunciado, o falar, e o discurso é constitutivo da essência do homem que se define como o ente da linguagem¹². O falar é a linguagem como discurso pronunciado.

O paciente terminal mostrou-se a nós através de sua fala, de seu discurso pronunciado e do discurso do silêncio, pois o ouvir e o silêncio são momentos do discurso que possibilitam ao homem uma compreensão do que o Ser lhe diz.

1 - Encontros com pacientes terminais.

Mantive encontros com pacientes terminais que passo a transcrever. Esses encontros foram mantidos até que ocorresse a morte no hospital ou em casa. Ao término de cada encontro anotava o ocorrido durante o mesmo.

Encontros com Marlene

Dia 09/05/84

Início: 10:40 hs.

Término: 11:30 hs.

Cheguei na Clínica e tomei conhecimento do quarto onde Marlene se encontrava.

Entrei no quarto e me dirigi a ela. Não conhecia a

12 - BEAINI, T.C. - *A escuta do silêncio*. São Paulo, Ed. Cortez, 1981. pg. 61.

paciente pessoalmente, entretanto sabia, pela sua irmã, de sua doença e diagnóstico.

Tinha conhecimento (também através de sua irmã) de alguns fatos ocorridos com Marlene: que sua idade era 28 anos, dois filhos menores, o marido a abandonou há algum tempo e depois retornara e que havia cursado até o 2º ano de Biologia.

Tinha também um conhecimento de seu mundo: família com vários irmãos, aparentemente muito unidos e com convicções religiosas: frequentam muito a igreja católica e são membros praticantes de movimentos da igreja.

Marlene aparentemente cochilava e conversei com a cunhada. Soube que os familiares estavam se revezando de modo que havia sempre alguém com ela. Disse-me também que iria para cirurgia no dia seguinte (seria a 7ª cirurgia em um ano) e que estava com muita dor.

Quando Marlene abriu os olhos eu me aproximei e me apresentei. No início, percebia-a reticente, de poucas palavras, queixando-se de muita dor. Apresentava soluços e um "olhar inquisidor".

Perguntei sobre seus filhos e ela respondeu que estavam bem. A seguir, foi estabelecido o seguinte diálogo:

E- Você tem visto seus filhos?

P- Sim, no domingo.

E- Você tem vontade de vê-los novamente?

P-- Por enquanto não.

E- Este quarto onde você está agora está bem para você?

E = Enfermeira P = Paciente.

P- *Sim.*

E- *O que mais a incomoda?*

P- *A dor.*

E- *Como é sua dor?*

P- *É constante. Estou cansada.*

E- *Eu entendo. Você tem razão em estar cansada. Que cirurgia você fará amanhã?*

P- *Será uma cirurgia para ver se retiram a dor. Mas não é certeza que dará certo. Vou arriscar. É preciso arriscar.*

Nesse tempo, a cunhada referiu-se a Deus como quem poderia proporcionar a possibilidade de tudo dar certo.

E- *Você precisa de alguma coisa que eu possa ajudar?*

P- *Queria um pouco de água.*

Dei-lhe a água, ajudando-a a erguer um pouco o tórax para que pudesse deglutir. Marlene agradeceu com um sorriso. Perguntei-lhe:

E- *Posso fazer mais alguma coisa por você?*

P- *Não, obrigada.*

E- *Passarei amanhã para te ver, está bem?*

P- *Sim.*

E- *Poderemos conversar se você quiser. Passo amanhã.*

P- *Está bem.*

Análise da situação vivida:

Poucas palavras nesse primeiro encontro.

Quando ajudei a auxiliar de enfermagem na colocação do soro endovenoso percebi que esse fato facilitou um pouco a aproximação. Senti que me tornei menos estranha a ela. Quando ajudei-a a tomar água, este sentimento de estar sendo mais aceita ocorreu novamente.

Quando o encontro estava para se encerrar, Marlene esboçou um sorriso, o rosto jovem, desanimado, sofrido e olhos refletindo medo.

Despedi-me prometendo voltar no dia seguinte antes da cirurgia.

Retirei-me da enfermaria e retornei com uma ampola de vaselina para seus lábios que estavam bastante ressecados.

Despedi-me novamente e fui embora.

Dia 10/05/1984

Início: 9:00 hs.

Término: 9:30 hs.

Ao chegar à enfermaria, Marlene estava em "choque pirogênico"* com 39°C de temperatura. Cumprimentei-a e ela reconheceu-me.

Disse estar "com tremedeira" e que era muito desa-

* Choque pirogênico - reação provocada geralmente por impureza do soro, caracterizada por aumento de temperatura e tremor intenso.

gradável.

E- Como passou a noite?

P- Bem.

E- E a dor, como está hoje?

P- Estou bem hoje.

Seu olhar estava "parado" e interrogativo. Refletia medo. Apresentava cianose de extremidades.

E- Você vai operar hoje?

P- Sim (respondeu imediatamente).

E- Animada?

P- Sim.

Apresentou vômitos, ajudei a ampará-la fisicamente e a fazer sua higiene após o vômito.

Quando coloquei a mão em sua testa para avaliar sua temperatura, o fiz de modo demorado intencionalmente.

E- Logo hoje, que você está sem dor, veio essa "tremedeira"?

P- Pois é.

E- Você precisa de alguma coisa?

P- Acenou negativamente com a cabeça.

E- Vou embora agora. Vou procurar saber de você depois da cirurgia. Volto amanhã.

P- Está bem.

E- Quer algum recado para sua irmã?

P- Não.

Análise da situação vivida:

Apenas esboça sorrisos. Não contatou com a família que estava no quarto. Seu olhar refletia preocupação e percorria o quarto, ao seu redor. Poucas palavras.

Dia 11/05/1984

Não marquei a hora

Quando cheguei, Marlene cochilava. Uma auxiliar de enfermagem estava no quarto.

Marlene abriu os olhos e cumprimentou-me. Não havia familiares com ela nesse dia.

E- Como foi a cirurgia?

P- Bem.

E- Sentiu alguma melhora?

P- Ainda é cedo para dizer.

Continuou a "cochilar".

A auxiliar de enfermagem disse que a pedido do Dr. X, os familiares não viriam, "pois a paciente ficava mais tranqüila sem eles".

Marlene abriu novamente os olhos.

E- O seu pessoal estava te incomodando, Marlene?

P- Não.

Fechou novamente os olhos.

Após algum tempo, apresentou expressões de dor (gemidos) e solicitou ajuda para urinar.

Ajudei-a e perguntei:

E- Você sabe se sua urina está sendo guardada para exame?

P- Sei. Está.

Guardei a urina e, ao retornar, encontrei-a de olhos fechados.

Quando abriu-os, eu disse:

E- Você precisa de alguma coisa? Posso ajudar em alguma coisa?

P- Não. Muito obrigada.

E- Por nada. Já vou então. Volto 2^a feira para vê-la.

P- Tchau.

Dia 14/05/1984

Não anotei a hora

Ao entrar na enfermaria encontrei Marlene acordada.

E- Bom dia, Marlene.

P- Bom dia.

E- Como você está?

P- Vomitei muito hoje e ontem.

E- E a dor, como está?

P- Tem doído muito.

E- Como foi seu domingo?

P- Bom.

E- Veio muita gente te ver?

P- Não.

E- E seu filhos?

P- Vieram ontem.

Estava no quarto uma cunhada de Marlene que mostrou-me um presente que a filha de Marlene trouxera (havia sido o do mingo do dia das mães).

A cunhada disse:

- Marlene agora quer quatro coisas: cerveja, tangerina, sorvete de limão e coca-cola. O médico autorizou, menos a cerveja.

Marlene disse à cunhada:

- Vê se dá para trazer o sorvete hoje.

Perguntei:

E- Como passou a noite?

P- Não dormi nada.

E- O que houve?

P- Tinha sono, mas não consegui dormir.

E- Alguma preocupação?

P- Não, nenhuma preocupação.

Pedi ajuda para urinar. Disse estar com a urina "solta".

A cunhada perguntou meu nome. Disse que esquecera. Respondi.

Marlene estava de olhos fechados e a seguir abriu-os e disse: "É Magalí".

E- Você quer alguma coisa, Marlene?

P- Não.

E- Não poderei vir vê-la amanhã. Vou viajar.

P- Está bem. Me ajude a ficar sentada por favor. Ajudei-a a ficar em posição mais confortável e despedi-me a seguir.

Análise da situação vivida:

Sentí-me mais "aceita", menos estranha a ela. Passei a fazer solicitações para pequenos cuidados, identifica-me pelo nome. Assenti que os cuidados físicos facilitam o inter-relacionamento.

Dias 15 e 16 - Não foi possível visitar Marlene.

Dia 17/05/1984

Início: 10:00 hs.

Término: 10:50 hs.

Ao chegar havia quatro pessoas na enfermaria (3 familiares e um médico) ao lado de Marlene.

Seu estado piorara muito e estava agonizante, semi-consciente, sem possibilidades de comunicação verbal.

Drenos, sondas, soros, rodeavam seu corpo. Os olhos semi-cerrados, sem brilho. Falava "coisas sem sentido". Soro com medicação "dopante" (dolantina e amplictil).

Conversei com sua cunhada que disse que Marlene piorara na véspera e que o médico disse que "ela não vai longe". Perguntei se Marlene comera as três coisas que pedira e a cunhada disse que sim.

Chegou um padre que permaneceu alguns minutos próximo ao leito e retirou-se. Soube ser o vigário da paróquia que Marlene frequenta.

Ajudei a trocar a cama que estava molhada. Marlene abriu os olhos e não demonstrou reconhecer-me.

Em alguns momentos dizia:

- "Pega, olha que bonitinho! Que belezinha!"

Geme bastante.

Orientei os familiares para que não falem pensando que Marlene não os escuta, pois ela pode conseguir ouvir. Reforcei também a importância de suas presenças e de suas atuações e do contato físico deles com Marlene.

Análise da situação vivida:

Marlene estava morrendo. Os drenos e soros trouxeram muitas pessoas da equipe de enfermagem ao seu quarto. Os familiares mostram-se carentes de ajuda e tentam me reter no quarto, solicitando para pequenas coisas. Permaneci por mais tempo e retirei-me.

Dia 18/05/1984

Início: 13:00 hs.

Término: Não anotei

Ao chegar à enfermaria, Marlene permanecia agonizante, em coma. A sua sogra estava no quarto.

Drenos por todos os orifícios anatômicos, drenando sangue.

Olhos cerrados, respiração difícil. Chamei-a várias vezes pelo nome, sem resposta. Tomei sua mão e solicitei que a apertasse se estivesse me ouvindo. Nenhum sinal.

Conversei com a sogra que disse que Marlene nunca ficara doente antes e que "quando ficou, foi de uma vez".

Perguntei pelas crianças. Disse que estavam na escola e que já estavam com ela há um ano, desde o início da doença de Marlene.

Chegaram mais duas visitas. O quarto estava silencioso, ouvindo-se apenas a respiração estertorosa da paciente.

Dia 19 e 20/05/1984 . . . Não fui ver a paciente (sábado e domingo).

Dia 21/05/1984

Não foi possível visitá-la. Telefonei para a irmã que informou que Marlene estava pior, e que a família torcia para que este sofrimento terminasse logo.

Dia 23/05/1984

Início: 9:20 hs.

Término: não anotei.

Ao entrar na enfermaria havia dois familiares com

Marlene.

Paciente de olhos semi-cerrados, gemendo muito e com as mãos agarrando com muita força a mão de sua cunhada e de uma auxiliar de enfermagem.

Continua com tubos, drenos e sondas.

A cunhada informou que o rim está "parando" e que Marlene não conversa mais, nem reconhece ninguém.

Durante o tempo que estive na enfermaria, Marlene tentou por várias vezes articular frases, num esforço muito grande e aflito para fazê-lo.

Não conseguimos entender o que tentava nos dizer.

Peguei suas mãos entre as minhas e apertei-as com suavidade, ficando assim por alguns minutos. Suas mãos apertaram as minhas com força. Perguntei:— Marlene, você está me ouvindo? Quer dizer alguma coisa?

Tentou articular palavras mas não conseguimos entender.

A força de suas mãos entre as minhas diminuiu gradativamente até cessar totalmente. Os gemidos continuaram.

Conseguí ficar com as mãos ao longo do corpo sem mexê-las e sem ninguém segurá-las por alguns momentos.

Perguntei se a cunhada precisava de alguma coisa.

Disse: — Por enquanto, não.

Despedi-me e saí.

Dia 24/05/1984

Início: 8:40

Término: 9:00 hs.

Ao entrar na enfermaria, Marlene continua inconsciente, a cunhada a seu lado.

Logo que entrei, a cunhada pediu que eu verificasse o pulso da paciente pois "parece que está falhando".

Verifiquei-o e disse a ela que o pulso estava bom (realmente estava).

Comentou o quanto a paciente era forte e como estava resistindo.

Entrou um médico que chamou-a em voz bem alta e disse: "Marlene, como está"?

- A paciente tentou articular uma frase que foi possível identificar.

Disse:

P - Quero ir embora.

Ele disse:

- Você precisa ir embora mesmo. Vá embora. Vai logo, Marlene.

O médico comentou comigo o quanto o pulso estava bom e o quanto era impressionante que ainda estivesse viva.

Os drenos drenando sangue, apresentando sangramento pela boca, odor fétido emanando da paciente. Funções renais paradas.

Entraram duas atendentes de enfermagem para dar o banho. Nesse momento, entrou também o padre da paróquia de Mar

lene e os atendentes perguntaram a ele:

- O senhor é padre?

- Sim.

- Se quiser fazer alguma coisa, nós esperamos para dar o banho.

- Gostaria de fazer algumas orações.

- Pode fazer. Nós esperamos.

A seguir ele orou para que a paciente deixasse esse mundo em paz e que seu sofrimento terminasse. Quatro atendentes, a cunhada e eu permanecemos no quarto ao redor da cama. Me aproximei e segurei a mão da paciente, enquanto durou o "ritual".

Todos em silêncio, em atitude "respeitosa" e percebi muita "emoção no ambiente". As atendentes com a cabeça fle^tida, olhos fechados em absoluto silêncio. A técnica do banho podia esperar. Não demonstravam pressa. Quando o padre terminou a oração, lentamente elas se aproximaram para dar o banho em Marlene.

Aproximei-me do leito de Marlene, peguei suas mãos. Nenhum movimento além de uma leve pressão. Despedi-me dela e da sua cunhada e retirei-me.

Marlene morreu no dia seguinte e fui informada de sua morte pela sua irmã.

Alguns dias após sua morte fui procurada por uma irmã de Marlene que queria confiar-me uma ampola de morfina que Marlene tomava quando estava com muita dor. Segundo a irmã, a

família julgara que eu saberia dar o destino adequado à medicação quando encontrasse outro paciente que dele necessitasse.

Encontros com Antonio Carlos

Dia 11/05/1984

Não anotei hora de início e de fim do encontro.

Fui solicitada pela diretora de serviço de enfermagem da clínica a entrar em contato com Antonio Carlos, um paciente de 58 anos, que estava em fase terminal de uma moléstia e que estava "difícil", pois era bastante exigente, solicitando muito da enfermagem, chegando a ser agressivo.

Dirigi-me ao quarto onde Antonio Carlos se encontrava com sua esposa. Aproximei-me de seu leito e apresentei-me dizendo meu nome e que era professora da Escola de Enfermagem.

No quarto onde estava havia televisão, rádio, jornais, revistas, valises, gêneros alimentícios.

Antonio Carlos recebeu-me de forma polida, educada, não falando nada sobre sua moléstia comigo, apenas com a esposa.

O diálogo ficou em um nível que eu diria mais social, o paciente procurando ser cortês com uma visita inesperada. Falou-me que era jornalista e conversamos bastante sobre Comunicação.

Minha presença no quarto desencadeou um diálogo en

tre o paciente e a esposa no qual o paciente era ríspido com ela e onde faziam acusações mútuas sobre o curso da moléstia. A mulher não se mostrava satisfeita com o tratamento médico que o paciente vinha recebendo.

Ao despedir-me, perguntei se poderia voltar para conversarmos mais demoradamente. Antonio Carlos consentiu e eu disse que voltaria na 2^a feira.

Dia 14/05/1984

Não anotei a hora.

Ao chegar, Antonio Carlos cumprimentou-me e reconheceu-me, chamando-me pelo nome..

A esposa chegou em seguida e quando perguntei "tu do bem?", respondeu: Nada bem. Meu joelho dói muito e estou mal.

Numa seqüência rápida os dois (marido e mulher) iniciaram um diálogo à semelhança do primeiro encontro, que tentarei descrever.

F- A Magali deveria ter vindo no dia que você passou mal. Que susto! Saí correndo, chamei todo mundo.

P- Você foi e complicar a situação com meus amigos (referindo-se aos médicos).

F- Eu quero mesmo agitar. Você me conhece. Não vejo a hora de sair desse Hospital e que os médicos digam "Está tudo bem, podem ir embora".

F = Familiar.

P- Você está muito inocente. Já vão 5 meses que estou aqui. Se fosse "simples" não ficaria tanto tempo.

F- Vê se você se controla e não tem mais nada.

P- Você acha que é assim tão fácil? Até que estou bem "bonzinho".

F- "Eu quero logo bastante gente. Chamo mesmo. Telefono para meus filhos. Acho que não é justo eu aqui, sozinha. Sei que eles têm a vida deles, mas fico muito aflita".

P- Então não venha aqui. Fique em casa. O médico Dr.X, vai fazer concurso titular, sexta-feira. Com isso chega ao topo da carreira.

F- Com certeza será aprovado com o grau máximo.

P- O que me chateia aqui é o pessoal da limpeza. Chegam conversando alto, derrubam tudo, não querem nem saber se o doente foi operado ou outra coisa.

F- Eles têm que fazer o serviço deles.

P- Mas eu já dei um jeito nisso. Dei uns gritos e exigi as coisas.

F- Não adianta. No dia seguinte são outras que fazem a mesma coisa.

P- Umas contam às outras e adianta sim. Aqui, elas vêm quietas.

E- Falta supervisão. É preciso que o chefe do setor esteja atento para este aspecto do doente e supervisione o funcionário.

Mesmo com os alunos de Faculdade há dificuldade em

fazê-los entender os aspectos humanos do cuidado, da necessidade de se conhecer o paciente, entendê-lo em seu sofrimento (que pode ser maior ou menor) e dos seus familiares.

P- É verdade. Falta formação de valores e a juventude de hoje não acredita em nada.

E- Fiz mais alguns comentários nesse sentido, procurando deixar visível meu posicionamento de uma filosofia humanística de as sistência além da tecnológica.

A seguir ele chamou a enfermagem e disse para o atendente: "me veja o remédio para tosse. Diga à Dra. Y. para prescrever e para a noite também".

F- O pessoal daqui é bom. Tratou-nos bem.

P- Também, com o atendimento que nós estamos dando a eles!

A seguir, disse que estava se recuperando, não tinha mais mal-estar ou sudorese. Disse que talvez vá para casa de licença brevemente.

E- Disse que iria embora e se ele precisava de algo que eu pudesse fazer. Disse que não, e agradeceu. Mas pediu que eu voltasse pois minha visita era "agradável".

Despedi-me dizendo que viria 4^a feira pois amanhã iria a Campinas.

Dia 16/05/1984

Hora: 13:20

Término: 14:00 hs.

Chegada na enfermaria. Perguntei se era possível fa

zer visita a um jornalista em horário de Jornal na TV, quando Antonio Carlos sorriu abaixou o volume da televisão e disse que eu entrasse porque se eu voltasse mais tarde, ele não estaria mais lá, iria sair de alta-licença. A esposa estava no quarto e logo após minha chegada, o casal iniciou um diálogo tenso com muita emoção e de difícil reprodução. Seguem-se algumas tentativas de reprodução de diálogo.

F- Quem sabe a Magali entende. O Antonio Carlos está muito teimoso. Eu quero levá-lo a um padre em Leme, mas ele não acredita. Quer saber só de ficar atrás de médico. Sei que nós estamos no melhor Hospital. Sei que os médicos daqui são super capacitados mas não é com tudo que a medicina pode. Existem coisas que fogem dos médicos. Mas o Antonio Carlos é teimoso ele é incrédulo e fica esperando uma solução que não vem. São cinco meses Antonio Carlos, cinco meses e até agora o que foi resolvido?

P- A seu tempo tudo se resolve, eu confio no poder da ciência, tudo está se resolvendo.

F- Está mesmo? Você acha de verdade que está? E se o que você tem for muito difícil? Eu tenho lido muito sobre fungos. Pega o corpo todo é muito difícil controlar.

P- O que você quer dizer com difícil?

F- Difícil, oras!

P- Do que você tem medo? Se é da morte, eu não temo a morte. Sou um homem que sempre enfrentou as coisas de frente. Gosto da vida e procurei vivê-la bem, não tenho medo de "passar o portão".

F- O que custa você tentar Antonio Carlos? Acho que desde os três anos que o pai dele já pôs essas coisas na cabeça dele e ele ficou assim, igualzinho ao pai. Você conheceu o pai dele? Lembra do trabalhão que ele deu? O Antonio Carlos é igualzinho.

P- Eu já vivi 58 anos, realizei o que tive vontade e se eu tiver que morrer, já vivi o suficiente.

F- Se eu soubesse disso antes de casar com você, não teria casado. Imagine uma pessoa se considerar feliz em viver 58 anos, não concordo de jeito nenhum, é preciso lutar e tentar outras coisas.

P- Eu estou tentando, me entreguei nas mãos dos médicos. O que eles vão dizer se souber que fui me benzer com o padre! Ora essa!

F- Você não vai abandonar o tratamento aqui no hospital. Vai continuar.

P- Eu tenho que estar aqui 2^a feira. Eu me coloquei nas mãos dos médicos.

F- Estar aqui para que? O que eles estão fazendo?

P- Eles estão fazendo sim, já melhorou. Inicialmente, Dr. X disse que eu tinha tuberculose, depois o outro disse câncer e agora viram que era um fungo, estão controlando, já fizeram quimioterapia e a tendência agora é melhorar.

F- Quem lhe disse isso? Por acaso alguém falou isso? Por acaso alguém lhe disse realmente?

P- Você não pode exigir isso de mim. Eu tenho a minha concep-

ção de vida. Eu sou Deus, você é Deus, ela é Deus (referindo-se a mim). Eu acredito numa flor e na casa de uma árvore. É isso!

F- Você é um homem incrédulo. Até os melhores médicos recorrem a outras coisas. Medicina não é tão poderosa assim. São cinco meses, Antonio Carlos, cinco meses que eu estou aqui.

P- Aí que está o problema. Você está cansada por ficar tanto aqui comigo. Deixe-me, vá para casa, vá se ocupar de outras coisas.

Chegou o filho mais novo, foi apresentado a mim e a discussão continuou, e a mãe recomeçou toda a discussão, envolvendo o filho e dizia: Me mostra onde você está melhorando, Antonio Carlos, qual foi a melhora até agora? Ela começou a chorar. Aguardei algum tempo e me despedi, dizendo a ela se quisesse ligar-me para bater um papo, poderia fazê-lo. Saí às 14:07 horas.

Dias 17, 18, 19, 20 e 21/05/1984

Alta-licença

Dia 23/05/1984

Início: 9:40 hs.

Término: 10:30 hs.

Ao entrar na enfermaria, Antonio Carlos estava só. Recebeu-me com um sorriso dizendo:

P- Senti sua falta e minha esposa também. Ela desceu para comprar chocolates e deve voltar logo.

E- Provavelmente o senhor esqueceu que às 3^{as} feiras eu não ve

nho, pois vou a Campinas.

P- O que você vai fazer em Campinas?

E- Faço um curso lá, que me ajuda a entender melhor o doente.

P- Isso é bom. É o que falta num hospital.

E- Acredito que sim. Penso que a enfermagem tem alguma coisa mais que a parte técnica.

P- Sem dúvida.

Entrou um médico e o paciente perguntou se ele já me conhecia para apresentar-me. O médico disse que sim e iniciou esse diálogo com o paciente:

M- Melhorou bem, né?

P- Muito. Estou bem melhor.

M- A regressão do edema é visível.

Antonio Carlos disse a ele:

O Dr. Y esteve ontem aqui e disse que agora delimitou mais e que vai fazer radioterapia porque houve um deslocamento de não sei o que e isso acarretou aquilo e nem sei mais o que. De modo que a radioterapia está indicada, mas eu estou muito bem. Fico bem quando vou para casa. Passo melhor lá.

M- Então, é melhor inverter, o Sr. fica cinco dias em casa e dois no hospital (em tom de brincadeira).

O médico continuou dizendo que ele estava bem melhor

M = Médico.

e o paciente concordava. O médico saiu e eu permaneci.

Falou sobre a morte de um amigo.

P- O fulano morreu, né?

E- Foi. Estive no velório.

P- Era muito amigo meu. Gostava muito dele.

E- Viveu a véspera de sua morte como sempre gostou de viver: jan
tou um bom peixe e um bom vinho.

P- Isso vale.

E- Certamente.

P- Viveu bastante, 84 anos.

E- Sim. E ultimamente estava muito só.

P- A solidão é muito dura.

E- Acredito que sim.

A esposa chegou, e foi dizendo que bom me ver, que sentiram minha ausência.

Perguntei sobre o fim de semana. Disseram que come
ram feijoada, receberam amigos e outras coisas que não consi-
go registrar. Nenhuma referência à tensão do diálogo de 6^a fei
ra.

Perguntei sobre sua saúde (da esposa).

Virou um redemoinho de queixas sobre uma dor no bra
ço, características, intensidade, e o quanto é forte por supor
tar essa dor nessa fase difícil. Disse que qualquer outro cho
raria de dor no lugar dela.

Falou sobre a médica que a atendera, sobre o método novo e a melhora. Iniciou um monte de queixas e retornou à dor que sentia, não mais se referindo à melhora que dissera ter.

Ao que o marido interferiu:

P- Sim. Mas agora você está melhorando.

Quando me despedi, disse:

E- Bem, já vou. Foi bom saber que o senhor se sente melhor.

P- Muito melhor.

E- Volto amanhã para vê-los.

P- Sua visita foi muito boa. Bem que sentimos sua falta ontem.

E- Até amanhã, então.

Dia 24/05/1984

Início: 9:05 hs.

Término: 9:50 hs.

Ao entrar na enfermaria, havia outra colega com o paciente e a conversa desenrolou-se sobre culinária, etc,etc.

A esposa contando sobre sua dor com as mesmas palavras com que me contara na véspera.

Depois que a colega saiu, ficamos os três: o paciente, a esposa e eu. Perguntei:

E- Como está?

P- Bem. Muito bem.

E- Amanhã é o grande dia? (Estava me referindo ao dia da alta à licença).

P- Sim. Volto só 4^a feira. Amanhã vou a Leme ver uma pessoa lá. Ela (esposa) quer muito que eu vá. A família me caiu em cima e eu vou. Essa pessoa tem conhecimentos de botânica. Dei os remédios que ela costuma dar para o Dr.X e ele disse que posso tomar. Parece que tem também um fundo espírita. Vamos ver. Estou bem agora. Isto será só arremate. Ou os alinhavos, não é? (dirigindo-se à esposa).

A esposa estava atrás do paciente e, quando ele disse isso, ela abanava negativamente a cabeça e me olhava. Disse:

Falta muito ainda.

P- O pior já foi. Meu Deus, Minha Nossa Senhora, não sei como aguentei! Foram cinco meses. Não é fácil!

A esposa continuava calada, abanando a cabeça negativamente.

Comentam a seguir sobre a distância até Leme, como ele iria e coisas deste tipo.

Não pareceu querer se deter mais nesse assunto e nem comentou como mudou de posicionamento quanto a esse assunto.

Queixou-se da rotina de limpeza do hospital, da rigidez dos horários e que se esquecem que há doentes no hospital.

Discutimos sobre o caráter funcionalista que as instituições de saúde assumiram esquecendo-se da individualidade do ser humano. Falei-lhe que era importante que houvesse pessoas como ele que reagissem e mostrassem essas falhas.

Despedi-me dizendo que viria vê-lo na 4^a feira (quando ele voltaria) e que esperava que sua viagem "corresse bem". Agradeceu a visita e nos despedimos.

Análise da situação vivida:

Antonio Carlos mudou muito radicalmente sua posição de ir a Leme. Há uma semana afirmava veementemente que não iria, que ficaria com a ciência. Pareceu-me mais indefeso, mais dócil (uma docilidade que interpreto como sofrida).

Ao mesmo tempo, quando usa os verbos no passado, parece querer dizer que o "problema" passou.

"Foi duro".

"Não foi fácil".

"Não sei como aguentei".

Alguma coisa nele está mudando. O tom de voz não é tão alto, as reclamações são menos veementes, como se tivesse descido alguns degraus de si mesmo.

Dias: 25, 26, 27, 28 e 29 Alta Licença

Dia 30/05/1984

Início: 13:45 hs.

Término: não anotei.

Cheguei à enfermaria quando Antonio Carlos estava se levantando da cama e dirigindo-se ao sanitário anexo à enfermaria. Andando disse: "Oi, Magali", estendeu-me a mão e continuou a andar.

A esposa cortava a sua carne, pois a refeição aca-

bara de chegar.

Perguntei a ela:

E- Como está o Sr. Antonio Carlos?

F- Bem.

E- Passou bem em casa?

F- Sim. Não teve nada. Nem dor, nem nada.

E- Foi um fim de semana mais prolongado, não é?

F- Sim. Pedimos um tempo maior esse fim de semana.

E- Chegaram hoje?

F- Sim. Às 11:00 horas.

F- Estou cortando a carne para ele lambiscar. O nutricionista já mudou a dieta dele porque ele não estava comendo, pois vi nha muita fritura e verdura e o Antonio Carlos não gosta muito. O nutricionista veio novamente ver se queria mudar por que está retornando muita comida e eu disse que não é preciso. Já mudou uma vez e pronto.

O paciente retornou do banheiro e eu disse que vol-
taria depois para que ele pudesse almoçar. Ele disse:

- Está bom.

Análise da situação vivida:

O paciente estava mais debilitado fisicamente. Seu an
dar não era firme, decidido. Fisionomia "fechada", músculos faciais
contraídos. Recebeu-me mais friamente ou "secamente" em rela-

ção aos últimos encontros.

A esposa também estava menos "falante". Quando falou comigo, o fez cortando a carne, dirigindo-me o olhar raramente. Decidi esperar que ele almoçasse para retornar.

Quando retornei, Antonio Carlos estava deitado no leito. O prato de comida que eu vira antes, mal havia sido tocado.

Entrei e disse:

E- Como está, Sr. Antonio Carlos?

Fez sinal com o dedo e disse "jóia".

Silêncio por algum tempo.

P- Agora é só eles resolverem o problema do "caroço" e pronto. Posso ir embora e aqui não voltar nunca mais. Oh! Meu Deus! Não aguento mais isso!

F- Doença é assim mesmo. É difícil. É preciso esperar.

P- Esperar o que? São cinco meses. Que a coisa estoure? É preciso determinar as coisas. O que vai ser deste caroço? Vai tirar, fazer o que, deixar estourar e eu vou junto?

Estou sentindo que a dor nas costas está se espalhando. Antes era um ponto localizado e agora está difuso.

Não entendo porque emagreci. Não posso entender. Es tou comendo bem, dormindo bem, não sei porque não engordo.

F- A balança deve estar errada. Eu também por essa balança emagreci 2 1/2k e isso não é verdade. Você não concorda, Magali, que é a balança?

E- É uma variável que pode ser considerada. Muitas pessoas manuseiam a balança e ela pode se descalibrar. É uma hipótese que pode ser considerada.

P- Quero que você (dirigindo-se à esposa) chame o X (um dos seus médicos). Ele precisa vir aqui para decidir o que vão fazer. Para ficar assim, sem fazer nada, eu fico em casa. Toque a campainha.

A esposa tocou e veio uma enfermeira.

- O que é, Sr. Antonio Carlos?

P- Quero que vejam se o X é encontrável pois preciso falar com ele.

- Vou ver. Vou falar com a Fulana e ver. Só isso?

P- Só.

Saiu a seguir.

Perguntei a ele:

E- O fim de semana foi prolongado. Foi bom?

P- Foi. Não suporto ficar aqui assim.

E- De fato, a hospitalização é dura e cansa.

P- Nem diga.

P- Ai, Ai, Ai.

Silêncio. Fechava o olhos intermitentemente.

Disse:

E- Vou deixá-lo repousar. Volto amanhã.

P- Obrigado pela visita.

E- Até amanhã. Espero que consiga falar com seu médico.

P- Ele vem. Sem dúvida. É porque ele não sabe que eu cheguei.

Análise da situação vivida:

Não fizeram nenhuma referência à viagem a Leme. (nem juntos, nem separadamente). Poucos comentários sobre o fim de semana.

Esposa visivelmente emagrecida, olhos vermelhos e tristes. Falando pouco.

O paciente com fisionomia tensa, irritadiça, sem vontade de conversar, e embora tenha dito tudo jóia, veio uma série de queixas a seguir. As reclamações do hospital e da comida diminuíram.

Tive sensação que fez um esforço para não ser des-cortês comigo, mas não estava "a fim" de conversa chegando perto de um impacto e têm consciência disso. Dá elementos do quebra-cabeça e quer vê-lo montado. A morosidade das coisas o irrita.

Parece ter sido um homem que nunca foi de meias-palavras e não as está suportando agora. Necessita coisas concretas: tratamento, possibilidades, cuidados médicos.

Dia 31/05/1984

Início: 10:40 hs.

Término: não anotei.

Ao chegar à enfermaria, encontrei o paciente deitado de costas e a esposa ao seu lado.

Recebeu-me sem sorrir, de modo frio, taciturno, fi

sionomia tensa e "fechada", músculos faciais contraídos, mãos fechadas. A esposa recebeu-me também de modo sério, apenas esboçando sorriso.

Perguntei:

E- Como passou?

P- Dormi meia noite bem e meia mal.

E- O que o incomodou?

P- A dor. Esse cisto no pescoço que dói cada vez mais. Levantou um pouco a cabeça, o que permitiu, pela primeira vez, ver o caroço bem aumentado, do tamanho de uma bola de tênis (ou maior).

Disse a seguir:

P- Não aguento mais. Não está fácil essa indefinição. O Dr. X esteve aqui e disse que ainda não é hora de mexer nisso. Que é preciso observar mais e aguardar. Mas, isso não é fácil.

F- Doença é assim mesmo. Tem hora para chegar e não tem hora para ir embora. É que o homem é mais patife, tem menos paciência.

P- Não é isso. Você precisa ver que não é questão de ser homem ou mulher. É o tipo de vida que se leva é que importa. Afinal, preciso de uma definição desse fungo ou seja lá o que for. Essa demora é que é dura. Nunca gostei de prolongamentos.

F- É preciso ter paciência. No final tudo dá certo. O sogro do meu filho têm um amigo que tem fungo há 14 anos e passa períodos bons.

P- Quero saber afinal: Eles curaram a moléstia e ficou esse caroço. É causa ou consequência?

Esposa dirigindo-se a mim:

F- Você conhece o Dr. Z? Ele vai substituir a Dra. M que vai deixar este andar. Queria saber se ele é residente, se é recém-formado. Não gosto de gente nova de profissão cuidando da gente. Não dá segurança.

Conversamos a seguir sobre o papel que o antigo médico de família exercia e que as especializações extinguiram.

Perguntei: Amanhã o senhor vai para casa?

P- Não sei. Talvez me segurem até sábado.

E- Vou procurar arrumar um tempo para vê-lo amanhã. Caso não possa, venho vê-lo na 2^a feira. Isto se o senhor permitir.

P- Naturalmente. Você é benvinda.

E- Na próxima semana estarei com alunos no 6º andar. Se precisarem de alguma coisa, estarei lá.

P- Semana que vem já estarei longe daqui. É o que espero.

F- Muito otimismo da parte dele. Na próxima semana, estaremos aqui sim.

P- Ah! não é fácil.

Análise da situação vivida:

Antonio Carlos se esforça para não ser descortês. A impressão que me dá é que está louco de raiva, com vontade de

gritar e esmurrar a todos. Está se contendo num esforço muito grande. Parece que vai explodir. Olhar parado. Não me dirige o olhar quando falo com ele ou se o faz é de modo muito rápido. Durante um momento, procurou a mão da esposa. Foi a primeira vez que observei isto. Nenhuma referência a filhos, apenas os dois "se aguentando".

A esposa falando menos, olhar triste e fala cansada. Não observo mais expressões de poder (social ou econômico) como de outras vezes.

Dias: 1, 2, 3, 4 e 6

Alta à licença.

Dia 06/06/1984

Início: 11:00 hs.

Término: 11:30 hs.

Ao entrar, paciente estava deitado de costas lendo o jornal. A esposa ao lado. Cumprimentei-os e responderam sorrindo ao cumprimento.

E- Como vai o senhor?

P- Bem. Aguardando. O problema é a dor. Este problema aí (apontando para o carço) é que está difícil. Não está nada fácil. Nada fácil. Nada fácil.

E- Realmente a dor incomoda. O senhor tem razão.

Continuei.

E- Como foi o fim de semana?

F- Foi bem. Apenas um dia ele passou mal, com muita dor. Talvez nem iremos para casa no próximo. Só se nossa filha vier.

E- Entendo.

P- Estou descobrindo posições de ficar de modo que não doa. Parece que quanto mais imóvel eu ficar é melhor. Descobri isso.

E- Parece que o senhor é que está descobrindo as coisas, se ajeitando do melhor modo.

P- Parece.

A seguir entraram duas funcionárias da limpeza que fizeram um barulho danado.

O paciente disse: Olha só! Parece um assalto!

Dei uma boa gargalhada, e ele riu também (realmente a analogia foi ótima).

Disse a ele: Precisaríamos de mais pacientes como o senhor. Assim, talvez as coisas no hospital melhorassem.

Rimos os três das "cenas" que eles narraram sobre as "rotinas" de limpeza.

Despedi-me após, e prometi voltar na manhã seguinte.

Análise da situação vivida:

O clima estava mais descontraído. Paciente olhou-me enquanto falávamos. A esposa, embora com muita tristeza no olhar, não senti tanta amargura. O pensamento dele está mais concentrado na dor, não realizou interrogação sobre causas e/ou consequências. O paciente não mostra diferenças no seu comporta-

mento como tal. Permanece na mesma situacionalidade diante da doen
ça.

Dia 07/06/1984

Não anotei a hora.

Entrei na enfermaria onde estavam o paciente, a es
posa, uma enfermeira-chefe, um atendente e um dos filhos do pa
ciente.

O atendente verificava sua pressão. O paciente es-
tava deitado de costas. A esposa conversava com a enfermeira
sobre uma dor que sentia.

O filho logo despediu-se e saiu. O atendente termi
nou sua tarefa e saiu também. A enfermeira-chefe ficou mais um
tempo e a esposa do paciente perguntou-lhe porque não viera ao
quarto ontem. Ao que ela respondeu: "Foi um dia com muitas coi-
sas a resolver. Não pude vir".

Quando saiu, pude realmente "chegar" e me aproximei
do leito.

Perguntei:

E- Como vão as coisas?

*P- Nada bem. Não estou querendo nem conversa. Não estou tole-
rando conversa.*

E- Eu posso avaliar.

*P- Estou aqui há 4 dias feito idiota. Nada foi feito. Não es-
tou aguentando. Não dá mais. É melhor ficar em casa se for
assim.*

F- Não é (veementemente). Em casa não tem recurso. Aqui tem.

Qualquer coisa tem gente para socorrer. E se você tiver qualquer coisa em casa? Deus me livre! Nem pensar. Aqui é melhor.

A seguir entrou a enfermeira diretora do hospital e Antonio Carlos reclamou do pessoal da limpeza, dos ruídos de TV, conversas entre funcionários e de "conversa vazia" que não leva a nada.

A diretora perguntou se o Dr.X tinha vindo vê-lo.

A esposa respondeu rapidamente:

- Veio duas vezes mas o Antonio Carlos estava dormindo, e o Dr. X disse para deixá-lo dormir que o sono também era importante.

A maneira rápida com que respondeu e o modo como o fez deu-me a impressão que não era verdade essa vinda do Dr. X.

Seguiu-se um longo relato da esposa para a diretora sobre a situação que têm vivenciado dentro do hospital, importunados pelo barulho.

A esposa fala lentamente e com detalhes de modo que o assunto prolongou-se por bastante tempo. Quando a diretora saiu, acompanhada pela esposa que foi lhe mostrar uma das "áreas" de barulho, ficamos o paciente e eu. Como ele estava de olhos fechados não viu que a esposa saíra e a chamou.

Eu disse então:

E- Ela saiu um pouco. Algo que eu possa fazer?

P- Não. Quero que "cortem" a conversa. Chega de rodeios, ficam rodeando, rodeando a conversa. É preciso chegar ao ponto cen

tral.

A esposa retornou ao quarto.

Eu disse:

*E- Vou deixar o Sr. Antonio Carlos descansar. Creio que ele es
tã precisando.*

P- Estou. Quero dormir.

F- Depois você não dorme à noite.

P- Estou cansado agora.

Eu disse:

*E- Volto amanhã. Sinto que o senhor está a ponto de explodir.
Não se preocupe em explodir perto de mim. Eu entendo o se-
nhor.*

P- Você é benvinda.

E- Até amanhã.

Ao sair ouvi-o dizer à esposa:

*P- Se o Dr.X. vier, mesmo que eu esteja dormindo me acarde que
eu quero falar com ele.*

Análise da situação vivida:

Antonio Carlos com fisionomia tensa, "vinco"profun
do na testa, olhar dirigido ao teto. Sem expressão ao falar.
Apenas os olhos têm uma expressão de "busca". Parecem "pedir"
algo quando se dirigem ao redor do quarto, para fixar-se no te

to novamente.

Respiração difícil, com tosse. As mãos "tamborilam" na cama ao lado do corpo. Parece cansado das pessoas e das conversas. Necessita silêncio para obter respostas que lhe estão sonegando.

Dia 08/06/1984

Início: 10:30 hs.

Término: não anotei.

Cheguei à enfermaria. A esposa estava chorando, muito aflita porque o paciente não está bem. Aproximei-me e o paciente gemia muito, abraçado a dois travesseiros, respiração difícil, com espasmos torácicos visíveis. Disseram que o problema vinha desde a madrugada e que houve muita demora no atendimento.

Queriam desesperadamente falar com o Dr.X naquele momento e não se conformavam por não conseguirem encontrá-lo.

Solicitaram minha ajuda. Saí para procurar a diretora da enfermagem, a fim de que a mesma pudesse localizar o Dr.X.

Enquanto aguardávamos teve dois episódios de tosse e ficou muito aflito, gritando alto "me ajudem", "quero oxigênio". Coloquei oxigênio em sua narina e fiquei ao seu lado. Durante os episódios de tosse, estendeu as duas mãos para as pessoas no quarto (a esposa, a diretora de enfermagem e eu).

A esposa afastou-se chorando e eu e a diretora seguimos suas mãos.

Disse frases soltas com voz baixa.

P- *"Estou fuzilado"!*

P- *"Desde ontem que sabia que viria tempestade"!*

Ao mesmo tempo que estava mal, apresentou episódios de reclamar do pessoal, de solicitar uma caneca específica e nesses momentos, com vez bem firme e clara.

A certa altura disse para a diretora de enfermagem:

P- *"Ontem tive uma conversa importante com Dr.X. Foi muito bom. Fizemos várias observações".*

(Fiquei feliz porque pensei: finalmente o Dr.X resolveu se entender com o paciente). Enganara-me. A conversa proseguiu assim:

P - *"Disse ao Dr.X e ele vai falar com você (dirigindo-se à diretora) sobre as sugestões que dei para mudar algumas coisas no serviço do hospital e por mais disciplina.O Dr. X gostou muito das minhas ponderações e disse até que tem enfermeiras que nem o cumprimentam. Isto é um absurdo".*

A seguir, entraram várias pessoas na enfermaria:médico, auxiliar de enfermagem, enfermeiros, todos tentando explicar a demora de atendimento à noite, porque o plantonista demorara, o que ocorrera.

Quando o médico (Dr.X) chegou, o paciente disse:

P - *"Hoje (esta noite) você dormiu mais e agradeça a mim. Eu que não quis te incomodar. Mas passei muito mal. Com essa dor e houve demora no atendimento".*

A seguir, paciente e esposa passaram a relatar todo o processo da demora de atendimento. Saí da enfermária e esperei que o médico (Dr.X) saísse e fui verificar "suas ordens" para o pessoal de enfermagem. Seguiu-se uma longa discussão entre esse médico, pessoal de enfermagem, a diretora. O médico profundamente irritado com a enfermagem, por esta não ter anotado a hora em que chamou o plantonista e o fato do mesmo não ter vindo ver o paciente. A enfermagem tentava explicar que o plantão fora difícil, que não houvera tempo para anotar, mas que foi falado verbalmente. Ao que ele retrucou:

- "Da boca para fora não interessa. Interessa o que está escrito".

Análise da situação vivida:

Esposa desesperada pelo fato do paciente estar com dor, deslocando sua aflição para o fato do médico não ter vindo logo, como se isso tivesse mudado alguma coisa.

O Dr.X chegou, "aproveitou" a queixa da demora e irritou-se também com a enfermagem que não anotou que chamara o plantonista.

A equipe se choca com desculpas de omissões pequenas para não "ver" a verdadeira omissão desse caso.

A "demora" do plantonista foi oportuna de certa forma para "explicar" todos os males. A família "satisfeita" porque o Dr.X veio e "bronqueou", e deu razão e onde já se viu, etc.

Voltei à enfermaria após escrever esse relato. O paciente cochilava; despedi-me da esposa e saí.

Dias: 09 e 10/06/1984

Sábado e Domingo

Dia 11/06/1984

Início: 11:10 hs.

Término: não anotei.

Cheguei às 11:10 horas. Paciente estava só, levantando-se do leito. Ao meu ver, parou e voltou a deitar-se. A TV estava ligada e havia jornais do dia pela cama.

Cumprimentei-o.

E- Bom dia, Sr. Antonio Carlos. Como vão as coisas?

P- Bem. Vão bem.

E- E a dor?

P- Continua. Doi muito (mostrou a região onde doia. Gemia um pouco).

E- E os espasmos?

P- Resolveram. Não tenho mais nada.

E- Este fim de semana o senhor não foi para casa, não é?

P- Não fui. Nem podia.

Falava sem olhar-me porque não podia virar a cabeça devido à dor provocada pelo "caroço" na nuca. Mudei de posição e passou a olhar-me.

E- Como foi seu domingo?

P- Foi bem. Muita gente. Lá pelas tantas mandei todo mundo em

bora. Em casa é diferente. Vêm, dão um beijinho, umas palavras e vão para outro cômodo bater papo furado. No quarto não dá para aguentar.

E- Realmente muita conversa cansa. Às vezes o silêncio é importante.

P- Sem dúvida. Muito importante.

Conversamos sobre política e daí ele passou a falar de um debate que participou com um padre sobre o divórcio. A conversa tomou o seguinte rumo:

E- Os padres opõem sobre coisas que não vivenciam, como crises de casamento, educação de filhos e outras coisas que requerem vivência.

P- É verdade. A vivência é necessária.

E- Há ainda os dogmas religiosos que são difíceis de aceitar. Qual a sua religião?

P- Nenhuma. Creio em Deus e é só. A religião está no coração de cada um.

E- Concordo. Ao final de cada dia, sabemos onde erramos e onde acertamos. Ninguém precisa nos dizer.

P- Também acho. A consciência é a melhor religião.

Pedi-me para tocar a campainha. Veio um atendente. Pedi autoritariamente um comprimido para dor, com leite.

Quando lhe foi trazido, brigou por causa do copo.

Perguntei:

E- Este remédio resolve sua dor?

P- Sim.

E- Ainda bem. Sua esposa está mais calma?

P- Está.

E- Sua filha foi para São Paulo?

P- Sim. No voo de ontem à noite.

E- Onde está sua esposa agora?

P- Foi para casa ver umas coisa, umas roupas.

E- O senhor precisa de alguma coisa?

P- Não. Estou bem. Vou dormir daqui a pouco.

E- Então venho vê-lo na quarta. Amanhã vou à Campinas.

P- Ah! sim. Eu sei.

E- Então até quarta.

P- Eu te espero. Obrigado.

Despedi-me e saí.

Estendeu-me a mão pela primeira vez por iniciativa própria.

Análise da situação vivida:

Apesar de ficarmos sós pela primeira vez por um tempo maior, o paciente manteve a conversa impessoal. Não se colocou realmente na conversa. Não sorriu nem uma vez. Não reclamou, a não ser da dor.

Gemeu quando entrei, depois com a conversa, cessou.

Procura mostrar que não está "a fim de muita conversa". Isso tem sido constante. Conversa que ele denomina de "fiada".

Apesar de ter passado o fim de semana no hospital, não houve a clássica lista de reclamação.

Embora a equipe médica tenha dito para a diretora de enfermagem que "o fim do paciente está próximo" eu continuo achando que não. Ainda sinto muita vitalidade e "garra" nele.

Ainda está lutando. Nem sei se deixará de fazê-lo.

Dia 13/06/1984

Início: 11:00 hs.

Término: não anotei.

Cheguei no quarto. Paciente com a esposa e a diretora de enfermagem. Cumprimentei-o.

E- Sr. Antonio Carlos, como está?

P- Bem.

Tom da voz fraco, deitado de costas, fechando os olhos com frequência.

A conversa iniciou-se a quatro sobre política e generalidades.

A diretora saiu logo e ficamos os três.

Ao sair, o paciente dirigiu-lhe um sorriso e a esposa comentou:

F- Finalmente ele sorri. Há vários dias que a testa está enrugada e ele não "solta" a face.

E- De fato, já observei. O Sr. Antonio Carlos não tem sorriso realmente.

P- E posso?

F- É preciso fazer um esforço, as coisas estão melhorando.

Longo período de silêncio. Paciente quieto, abraçado ao travesseiro, respiração difícil, olhar parado, não olha para as pessoas diretamente. Olhar cansado, como se o que estivesse ouvindo o aborrecesse muito.

Perguntei:

E- E a tosse melhorou?

P- Melhorou bem. Às vezes tusso e vou pedir para me darem Belacodid.

F- Não vai. O Belacodid não tem efeito sobre essa tosse e o médico disse que não é para você tomar. Essa tosse é do problema do fungo. E isso demora.

P- Você está tramando, tramando para me enrolar.

F- Não estou tramando nada.

P- Eu te conheço. Você está pretendendo me enrolar, eu sei até que dia. Não aguento mais. Eles não decidem nada. O que vão fazer comigo?

F- Como não decidem? Decidem sim. Iam fazer radioterapia, mas chegaram à conclusão que não é o melhor. Estão estudando.

P- E eu não participo das decisões? Eu faço parte do processo. Qual é?

Enérgico, voz alta.

F- Ora, e você acha que o doente pode ser informado de tudo?

P- Tudo o quê?

F- Por exemplo, oras. Se um paciente está grave, com três dias de vida e o médico chegar para ele e disser isso, você acha que ele vai ficar bonzinho na cama?

P- Não. Ele vai dizer ao médico que ele é um idiota.

F- Porquê?

P- Porque isso não se fala com três dias. Tem que ser dito com três meses. Afinal a pessoa tem que por a vida em dia, providências a tomar.

F- Eu não acho.

P- Quantas vezes um coitado aí tem um câncer e é mantido na ignorância.

F- Acho que os médicos estão certos. Como eles vão saber a reação do paciente?

P- Avaliando o gabarito.

F- Que gabarito o que! Para isso não há gabarito.

P- Como não! Você não entende nada. Aliás, hoje ou amanhã vou embora. Estou aqui há onze dias e absolutamente nada foi feito. Nada!

F- Como não? Aqui há recursos quando você passa mal.

P- Não seja boba. Recurso para quê?

F- Eles vão fazer uma reunião esta semana e vão ver o que vão

fazer.

P- Esta ladainha é velha. Vou é para Santarém qualquer hora. ~~Pen-~~
sa que já não estou aqui maquinando? Estou explodindo. Estou
assando.

F- É só ligar que seu filho vem te buscar. Você gostou tanto de
lá que é bem capaz de você até sarar.

Silêncio por um bom período.

P- Quero tomar banho, mas estou esperando o Dr.X. O que você acha,
Magali?

E- Acho que o Dr.X não vêm agora. Pode tomar seu banho.

Reclamava de muito calor após o diálogo com a espos
sa. Liguei o ventilador e ele agradeceu. Perguntei:

E- Há algo que eu possa fazer pelo senhor?

P- Não, obrigado.

E- Amanhã eu volto.

P- Pode vir. Você é benvinda.

E- Até amanhã.

Demo-nos as mãos.

Análise da situação vivida:

Paciente extremamente tenso, realmente como ele mesm
o diz "explodindo". O diálogo com a esposa sobre um paciente
hipotético evidenciava claramente a sua necessidade de particip

par do processo. E sente que estão lhe negando esse direito.

Sinto-o humilhado quando diz: "avaliar o gabarito". Estão subestimando-o dele e sua auto-imagem sempre foi muito positiva. Sua vida foi de ação, de luta.

O olhar, à medida que se conversa, é um olhar cansado, desiludido, humilhado. Com o desenvolver dos diálogos às vezes ganha uma vitalidade, a própria entonação da voz muda, fazendo emergir a figura do homem ativo e pronto para luta que a equipe tenta ignorar.

Está assumindo a finitude como uma possibilidade. A TV foi retirada o quarto e os jornais estão intocáveis no criado e no sofá.

Sentira calor após o diálogo com a esposa. Calor intenso, acredito que do tamanho da emoção interior.

Não consigo evitar um sentimento de raiva enorme com os médicos que não estão respeitando o que esse homem é e pelo que lutou a vida toda: um homem de enfrentar as coisas de frente, às claras, sem meias palavras.

Dia 14/06/1984

Início: 11:00 hs.

Término: não anotei.

Entrei no quarto. A esposa estava sentada e veio ao meu encontro.

F- Você chegou na hora. Estamos quase de saída.

E- Vão passar o fim de semana em casa?

F- Sim. Desta vez ficaremos mais tempo. Deram data em aberto pa

ra voltar.

O paciente estava deitado de costas, olhos fechados, fisionomia tensa, respiração difícil, às vezes com tosse. Expressão facial de dor, às vezes emitindo gemidos.

Eu disse:

- Em casa, acredito que o Sr. Antonio Carlos fica rá melhor. Há coisas no hospital que o aborrecem e que podem ser eliminadas em casa.

F- Isso é. Mas acho muito duro. Ele pode passar mal. Hoje mesmo teve tonturas e não aglentou levantar.

E- A sra. prefere o hospital, não é?

F- Sim.

E- Sente-se mais segura?

F- Sim. Bem mais. Me acho incapaz de agir numa hora que precise.

E- Não é isso que a sra. tem demonstrado. Afinal, há meses que a sra. está aqui dormindo em um sofá e está aglentando.

F- Me sinto fraca. Uma formiga.

E- Será?

F- É como me sinto.

Continuou a falar sobre o seu medo de ficar com Antonio Carlos em casa e conversamos em voz baixa para não perturbar o paciente. Não creio que ele estivesse dormindo, mas o fato de não ter aberto os olhos, apesar de gemer e tossir, a meu

ver, demonstrava uma não disposição para participar da conversa.

Perguntei à esposa:

E- O Dr. X esteve aqui ontem?

F- Esteve.

E- O que ele disse?

F- Disse que está indo bem. Que o caroço não está flutuando e que vai melhorando aos poucos. É preciso ter paciência.

E- Vou deixar meu telefone com a sra. caso se sinta insegura ou queira qualquer coisa. Moramos perto e posso dar um pulo em sua casa, se for necessário. Anotou, guardou e agradeceu.

O paciente continua imóvel, apenas movimentava-se quando tossia. Olhos fechados.

Levantei-me e cheguei perto de sua cama. Ele abriu os olhos, não totalmente.

Eu disse:

E- O Sr. já está indo para sua casa. Creio que estará melhor lá.

P- É maior. Tem mais espaço.

E- Sim. E as coisas que o aborrecem aqui, não existem lá. Deixei meu telefone com sua esposa. Se precisarem de alguma coisa, sintam-se à vontade.

P- Obrigada.

E- Então, até.

P- Pode ser até amanhã. Pode ser que amanhã mesmo seja preciso

voltar. Sei lá.

E- Bem, de qualquer maneira, seja quando for, até à volta.

P- Obrigada por tudo. Até.

Despedí-me e saí.

Análise da situação vivida:

Esposa muito triste, muito temerosa de ficar "longe de recursos", não foi preparada, foi mantida na ignorância da situação por muito tempo.

Paciente extremamente quieto, indiferente, não expressando sentimentos maiores em relação a alta.

Não sei até que ponto a "alta em aberto" evidenciou a ele uma situação concreta de "nada a fazer".

Se foi, não acredito que era essa a forma que ele desejava. Parecia mais uma criança no leito, desamparada, aceitando as normas dos "pais". Criança humilhada, recusando-se a falar como forma de reação. Sinto-o muito só e consciente dessa solidão, talvez até buscando-a.

Cansou de emitir mensagem de que não queria conversa fiada. E foi só o que recebeu.

O paciente passa alguns dias em casa, retornando ao hospital para internar-se com acentuada progressão da molêstia: dores intensas, dificuldade para respirar e períodos de confusão mental. O carço crescera muito, seu pulso e pressão arterial estavam muito alterados.

Quando fui informada do retorno do paciente ao hospital, dia 12/07/1984, ele já não podia mais conversar e não reconhecia as pessoas. Sua esposa chorava muito e o paciente permanecia deitado, imóvel no leito, às vezes gemendo de dor. Fazia algum movimento com as mãos. Morreu às 0,40 horas do dia 14/07/1984 e a anotação de enfermagem relativa à sua morte dizia: Constatado Óbito - avisado Dr.X.

Encontros com Ester

Dia 28/02/1985

Não anotei a hora.

Ao dirigir-me à enfermaria sabia que a paciente estava em fase terminal e, segundo a enfermeira da clínica, a paciente está consciente de seu estado, pois, "parece" que fora informada por um psiquiatra.

Sabia também que seu nome é Ester e que tem 48 anos.

Ester estava deitada, tomando soro endovenoso. Uma médica estava ao seu lado. No criado-mudo há uma imagem de um Cristo em um postal. Há outra cama no quarto ocupada por outra paciente que não se encontrava no momento.

Cumprimentei-a chamando-a pelo nome.

E- Como passou a noite?

P- Com muita dor; mas consegui dormir. (Voz bastante lenta e "pastosa").

E- Vai fazer um exame hoje?

P- *Sim. Gostaria de saber quanto tempo leva o exame; mas não me engane, diga a verdade.*

E- *Não estou bem certa do tempo que durará. Vou procurar saber e volto a lhe dizer, seja quanto tempo for. Não vou enganá-la.*

A médica terminou o exame clínico e eu saí para me informar do tempo requerido para o exame ao qual a paciente ia ser submetida.

Ao conversar com a enfermeira, procurei saber mais sobre a paciente: soube que era viúva há doze anos, que perdera o marido e um irmão em um acidente. Sua família (irmãos) quase não a visitam e embora as visitas estejam liberadas quase não vêm vê-la. Não tem filhos. Tem sofrido muita dor de cabeça.

Retornei à enfermaria. Havia vários estudantes e um professor de medicina ensinando os alunos sobre as manchas na perna da paciente.

Aproximei-me pela cabeceira.

E- *Dona Ester, fui me informar e seu exame durará no máximo 40 minutos.*

P- *Tudo isso?*

E- *A sra. acha bastante?*

P- *Acho.*

E- *É pouco mais de 1/2 hora.*

P- *Isso é verdade. Não é muito. Será que dói?*

E- *Doi o que se sente quando se introduz uma sonda no ânus. Já*

fez isso alguma vez?

P- Sim.

E- Doi?

P- Um pouco.

E- Será esse tanto que vai doer porque nesse exame vão introduzir-lhe uma sonda no ânus.

P- Então está bem.

E- Soube que a sra. é de Franca.

P- Morei lá, mas agora moro aqui.

E- Com quem?

P- Com meus pais.

E- Soube também que a sra. é viúva.

P- Sou (Seus olhos ficaram lacrimejantes). Faz 12 anos. Voltei aí a morar com meus pais.

E- Eles vêm vê-la?

P- Vêm (bem enfática). Vêm sempre. Meus pais, meus irmãos, meus sobrinhos. Não sabem o que fazer por mim. Recebo muita atenção e muito carinho.

E- Isso é bom.

P- Nem diga. Mas fico tão desanimada. Essa doença. Me dá uma tristeza. Essa dor de cabeça, que é complicação dos remédios que tomo. Olhe a minha perna (mostrou-a onde há uma mancha enorme que pega metade da perna e pé). Foi da quimioterapia que eu fiz.

E- A sra. fez quimioterapia?

P- Fiz.

E- É muito duro, não é?

P- Muito. Nem gosto de lembrar. Eu reclamo tanto. Tenho tanto medo de exames, de tudo. Fico tão triste. Dou muito trabalho.

E- Acho que é um direito seu de reclamar, ter medo, sentir tristeza. Coloque para fora mesmo.

P- Faço muita oração. É o que me ajuda.

E- Qual sua religião?

P- Católica. Todos somos católicos em casa.

E- Conversamos até agora e eu não me apresentei. Eu me chamo Magali e dou aula para alunos de enfermagem. Antes dos alunos chegarem eu costumo passar para conhecer os pacientes e, principalmente os que estão precisando mais. Me disseram que a sra. precisa muito de cuidados.

P- Isso é verdade. Preciso mesmo.

E- Gostaria de voltar amanhã para vê-la, conversar um pouco, procurar ajudá-la e ouvi-la. Posso vir?

P- Nossa! Se pode! Venha, por favor.

E- Então amanhã venho vê-la e saber como foi o exame.

P- Está bem.

Depedi-me e acariciei-a no rosto.

Encontrei uma auxiliar de enfermagem que veio me fa

lar de Ester e me fez lembrar quem ela era: uma paciente que esteve internada há 15 anos mais ou menos, quando eu era recém-formada. Voltei à enfermaria e falei com Ester; reconhecemo-nos e despedi-me a seguir.

Dia 01/03/1985

Não anotei a hora.

Ao chegar, Ester não estava na clínica. Estava fazendo um exame.

Esperei no andar e vi quando ela chegou de maca. Aproximei-me e Ester reconhecendo-me disse:

P- Ah! Magali, que bom! O exame deu tão certo. Estou tão feliz.

E- Fico contente pela sra. (ajudei a passá-la da maca para cama - eu, uma enfermeira e um auxiliar).

Durante esse tempo, paciente ficou comentando o quanto estava feliz por ter feito o exame, e estar livre do mesmo.

As duas funcionárias saíram e ficamos a sós.

P- Estou muito feliz. Colaborei, fiz o que os médicos me pediram, me controlei, não dei trabalho e estou livre.

E- Como foi o de ontem?

P- Foi dolorido mas foi rápido. Deu prurido. E o de hoje não deu sangramento. Você sabe Magali, eu sempre fui uma pessoa muito doente, e por isso eu sei quando tenho alguma coisa grave. E eu sabia que não tinha sangramento. Estou tão feliz ! Depois, todo mundo gosta de mim. Os médicos, os enfermeiros, não sei quem é melhor. Minha família, então, nem se fala. Meus

pais (começou a chorar) tadinhos, rezam tanto por mim, vão à missa diariamente, não perdem a esperança. Meus irmãos, minhas primas vêm todo dia. Meus pais mandaram pera, maçã, estã tudo na geladeira. Me sinto feliz porque tenho uma família maravilhosa, que faz tudo o que eu quero.

E- Isso é importante.

P- Muito. Estou tão feliz! Tenho impressão que agora vou arri-bar. Agora falta fazer a punção de medula, tomar plaquetas e quero comer bastante mesmo, para ficar bem forte.

Entrou um docente com um grupo de alunos para mostrar as manchas de D.Ester. Ela docilmente aceita e diz que até gosta. Vários médicos entraram para saber como havia sido o exame, em atitude carinhosa com ela.

Ficamos juntas. Tomei sua mão entre as minhas.

Ela disse:

P- Ah! Magali, você não sabe como foi duro perder meu marido. Foi muito ruim. Ele era muito bom para mim. Minha sogra também morreu depois, ela era muito boa para mim. Foi duro fi-car sem eles.

E- Imagino que foi uma perda muito difícil.

P- Nem diga. Mas minha vida até que é boa. Tanta gente se preocupa comigo. Nem sei porque. Em casa o telefone não para de tocar.

E- Imagino que a sra. também seja boa para as pessoas.

P- Será?

E- Tenho certeza.

P- Vai ver que é, então.

E- Agora vou deixá-la descansar do exame.

P- Não vá não. É cedo. Gosto de te ver.

E- Preciso ir mesmo. Volto 2^a feira para vê-la.

P- Volta mesmo?

E- Volto.

P- Você me dá um apoio grande. Não deixe de vir.

E- Virei. Tenha um fim de semana bom.

P- Vou ter porque estou feliz com os exames que já fiz..Eu tinha tanto medo.

E- Até segunda, então.

P- Até.

Despedi-me, apaguei a luz, cobri-a e saí.

Dias: 2 e 3 - Sábado e Domingo

Dia 04/03/1985

Início: 15:00 hs.

Término: 15:45 hs.

Cheguei às 15:00 horas. Ester estava chamando a enfermeira porque havia evacuado na comadre. Sentia-se muito desconfortável e queria que a tirassem e a limpassem.

A auxiliar de enfermagem veio e foi providenciar o material para a higiene. Ester ficou inquieta com a demora.

Saí para ver o que estava acontecendo. A moça não havia entendido. Expliquei a ela o material necessário e vol-

tei para o quarto.

Ajudei a lavá-la e trocá-la. Trocamos a cama e passamos pomada na região anal, após higiene.

Ester evacuara com sangue e perguntou se havia sangrado.

Após refazer seu leito e acomodá-la, ficamos a sós.

E- Como é Ester, melhor agora?

P- Agora sim, ainda bem que você chegou. Às vezes demoram para atender a gente. É duro ficar doente, é triste depender dos outros. Detesto ficar suja. É desconfortável.

E- Tem razão. Como foi o fim de semana?

P- Foi bom. Recebi muitas visitas e passei bem.

E- Alimentou-se bem?

P- Sim. Quero ficar forte para sarar.

E- E no mais?

P- Chorei muito hoje.

E- Porque?

P- De dor. Dor de cabeça. Demoraram para trazer o remédio porque têm que ir buscar não sei onde e demora muito. A gente fica louca de dor. Mas estou animada, quero sarar logo, ir para casa, cuidar da minha loja.

E- Onde é sua loja?

P- Em Franca. Meu irmão que olha para mim. Minha família gosta muito de mim. (começou a chorar): Todos me querem bem. Meus

pais, meus irmãos, minhas cunhadas, tios, primas, sobrinhos . Todos estão rezando por mim para eu sarar. É o conforto que tenho. Ainda sou feliz por isso. Tem gente que nem isso tem, eu fico pensando (sempre chora quando fala isso).

Falou muito sobre seu casamento, o carinho do marido, sua perda, a doença, o que sobrou do seu corpo (estrias, rugas, queda de cabelos, de dentes, manchas pelo corpo - segundo ela pela dose excessiva de quimioterápico).

Falou sobre seus olhos que ainda agora, apesar da doença, dizem ser bonitos. Sobre sua sogra e do bom relacionamento que tinham.

Enfatizou bastante do grande amor de sua família, carinho e o grande número de pessoas que a visitam.

Referiu vontade de sarar logo, de ir para casa. Despedi-me às 15:45 horas após ajudá-la a tomar uma vitamina.

Disse que eu ainda não fosse. Prometi voltar no dia seguinte e tomei sua mão entre as minhas ao despedir-me.

Análise da situação vivida:

Comunicação verbal intensa.

As palavras fluem bem como seu pensamento, só com a nossa presença. Fala muito, sem parar e chora quando o faz. Não menciona a doença, apenas os sintomas e a terapêutica. Fala de sua tristeza e de seu choro; mas logo a seguir fala em sarar.

Sinto-a com muita energia, com muito potencial pa-

ra vida, apesar do corpo destruído pela doença. Preocupada com o odor de seu corpo.

Fala de ser muito amada e parece necessitar acreditar nisso.

OBSERVAÇÃO: Ainda não cruzei com nenhuma visita apesar de vir em diferentes horários e de as visitas estarem liberadas.

Dia 05/03/1985

Início: 7:45

Término: não anotei.

Cheguei à enfermaria às 7:45 horas. Ester estava sentando-se no leito.

E- Bom dia, Ester.

P- Bom dia.

E- Como está hoje?

P- Muito bem. Dormi bem mesmo, a noite toda, direto, não chamei para nada. Fazia muito tempo que não dormia assim.

E- Fico contente. O sono é realmente importante.

P- Estou melhorando muito mesmo. Agora penso que vou sarar e voltar para casa, para minha loja. É só eu ficar um pouco mais forte. Mas melhorei muito. Já estou mais corada, a perna de sinchou e as manchas pelo corpo estão clareando. Ontem tomei oito plaquetinhas. Fiquei contente, gosto de tomar as plaquetas para ficar forte. Não sei porque, deu esse problema que meus glóbulos caíram tanto. Agora estou melhorando. Quero ir pa-

ra casa, mas é como mamãe falou (começou a chorar) que morre de saudades de mim, mas que é melhor eu ficar no hospital até ficar bem forte. Não adianta eu ir para casa antes de estar boa.

Continuou:

P- Outro dia uma pessoa me disse que eu tenho muita força e por isso estou conseguindo. Você também acha isso Magali?

E- Acho. A sra. tem muita força.

P- Mas, eu me acho tão mole. Choro tanto, peço tanto as coisas. Vejo os outros pacientes. Parece que dão menos trabalho.

E- Não falo dessa força. Falo da força que a sra. tem por dentro.

P- Então vai ver que tenho. Eu luto mesmo. Acho que Deus deu o dom da vida e a confiou para gente. Se "ele" deu, a gente tem que aproveitar. Agora, quando "ele" chamar a gente vai.

Silêncio por alguns instantes.

P- Hoje minha prima vai trazer fruta. Será que meu café já vem?

E- A sra. está com fome?

P- Sim, quero comer para ficar forte.

Chegou a refeição. Ajudei-a a tomar seu café e a tomar medicação.

Ao despedir-me, pediu:

P- Volte amanhã. Eu vou te esperar.

E- Pode esperar. Venho vê-la amanhã. Até amanhã.

P- Até. bom trabalho.

Dia 06/03/1985

Início: 15:10 hs.

Término: 15:55 hs.

Ao chegar, Ester estava deitada com a cabeceira da cama elevada, olhos fechados. Havia uma visita ao seu lado, uma mulher.

Aproximei-me e essa mulher disse:

- Ela está sentindo muito mal-estar hoje.

Aguardei poucos segundos em silêncio quando Ester abriu os olhos, sorriu e disse:

- Estava te esperando. Apresentou-me a visitante como sua prima e disse a ela:

- Esta que é ela, de quem eu te falei (referindo-se a mim) .

Perguntei:

E- Como está D.Ester?

P- Estou com um mal-estar danado.

Sorrindo um pouco disse:

P- Acho que vou embora amanhã. Eles vão me dar plaquetas e depois vão decidir, mas acho que vou amanhã.

E- Como vê essa possibilidade?

P- Bem. Fico feliz. Vou tentar ir. Mas estou fraca. Meu irmão vai arranjar uma enfermeira para dormir comigo, me dar banho, o café e depois pode ir. O que você acha de arrumar alguém pa

ra cuidar de mim em casa?

E- Acho uma boa idéia. Sua mãe que já tem idade, vai se sentir mais segura.

P- E eu também (bem enfática).

E- Claro. A sra. também.

P- Esperei você hoje.

E- Dei aula pela manhã e só pude vir agora.

P- Então, a gente sente falta. Apesar que muita gente que vem me ver.

Chegou um suco. Ajudei-a tomar.

E- Como passou a noite?

P- Tão bem, Magali, igual a outra. Uma beleza.

E- E a alimentação?

P- Muito bem. Hoje veio frango, macarronada e eu comi até. Estava uma delícia. Agora, em casa, vou me alimentar mais ainda. Vou tentar ir. Vamos ver se vou agglentar (fisionomia foi se entristecendo, olhar não apresentava o vigor dos outros dias).

P- Tem hora que fico cansada. Já me entreguei. Sou outra pessoa. Vamos ver o que Deus quer de mim. Vou seguindo o que ele quer. Se ele quiser me dar a cura eu acho bom. Se não, não adianta lutar. Me entreguei mesmo. Vou seguindo-o. Vou capengando atrás dele, mas vou. Vamos ver o que ele quer para mim.

Houve silêncio por alguns segundos. A prima quebrou o silêncio, dizendo:

F- Mas você tem muita força.

P- Tenho. A gente luta. Eu vou tentar ir para casa, descer com a cadeira de rodas, atravessar o hospital, descer do carro carregada porque eu não vou aguentar andar e depois subir, porque em casa é apartamento e fica difícil. Mas eu vou ligar todos os dias para a Dra. X e Dr. Y e eles já me disseram que não é para eu esperar passar muito mal. Se não me sentir bem, é para eu voltar.

E- Isso é importante. A sra. deve escolher o que é melhor para a sra., a casa ou o hospital. Ninguém tem o direito de escolher pela sra.

P- Isso é. E aqui me sinto segura, tem mais recursos.

Falou também:

P- Não sei o que eles inventaram de me dar plaquetas. Não adianta mesmo. Não sei. Hoje estou com um mal estar, Magali, que é horrível.

E- Como é esse mal estar?

P- É assim: sinto a cabeça oca, vazia e preciso firmar o pensamento para eu saber que eu sou eu mesma, às vezes parece que perco o sentido. Uma coisa ruim. Mas a doutora falou que não é anemia (enfaticamente) e que é um coágulo que estourou na minha cabeça. Nem vontade de conversar eu tenho.

E- Será que amanhã eu lhe vejo?

P- Vê sim. Se eu for embora, será bem à tarde. E ainda não está certa a minha ida. Eles vão ver.

E- Então está bem. Vou deixá-la descansar. Amanhã venho pela ma
nhã. Tomei suas mãos entre as minhas.

P- Venha mesmo. Eu vou lhe dar meu endereço para você ir me ver
lá em casa.

E- Está bem. Eu irei com certeza.

P- Até amanhã.

E- Até amanhã.

Análise da situação vivida:

A paciente estava diferente. Não chorou, nem ameaçou fazê-lo; entretanto, seu rosto estava mais abatido, olhos fun
dos, sem o vigor costumeiro. Falou bastante, mas o tom de voz, apesar de periodicamente tornar-se enfático, está mais baixo, menos caloroso.

Falou em deixar de lutar, em entrega e na inutilidade da luta. Coloca-se nas mãos de Deus, no qual crê e em cer
to momento hoje, senti-a submissa.

A possibilidade de uma alta hospitalar tão desejada não é compatível com o estado de ânimo da paciente. Não a sin
to realmente feliz com a idéia de ir para casa. Ao contrário, pa
rece assustada com isso, como se isso tivesse um significado es
pecial. Seus sonhos de alta (sara, reassumir a loja) estão dis
tantes da realidade da alta (em cadeira de rodas, com uma pessoa contratada para cuidar dela).

Parece-me que a diferença entre essa situação e a atual não é animadora para a paciente. Realmente sinto depres-

são em sua postura, tom de voz, olhar e mesmo nas frases que formulou.

O fato de não ter chorado, sendo uma pessoa que diariamente tem extravassado alguma emoção pelo choro, inquietou-me e me perguntei: não há mais emoções ou para onde estão sendo drenadas?

Dia 07/03/1985

Início: 9:00 hs.

Término: 9:45 hs.

Cheguei às 9:00 horas. O médico estava no quarto conversando com a paciente que ocupava o leito ao lado de Ester.

Cumprimentei-a:

E- Bom dia, D.Ester.

P- Bom dia.

E- Como está?

P- Bem. Muito bem. (o tom de voz e a expressão facial estavam diferentes da véspera).

Disse-me:

P- Espere só um pouco que quero falar com o Dr.X (e quando este aproximou-se, disse:)

P- Doutor, o que vocês vão resolver comigo?

M- A senhora vai tomar as plaquetas e depois "fó¹ra".

P- Vou mesmo?

M- Vai.

P- E como eu estou?

M- Você está ótima. Se estiver melhor, estraga. Seu sangue está bom, só as plaquetas estão baixas. Você precisa se cuidar para não se machucar, não provocar batidas pelo corpo, não escovar as gengivas, senão irão sangrar mesmo.

P- E como eu faço doutor?

M- Só bocheche, não escove.

P- Tá bem.

O médico saiu e perguntei:

E- Como passou a noite?

P- Muito bem.

E- Foi daquelas boas que a gente dorme a noite toda?

P- É, foi daquelas boas. Agora, se eu for para casa, minha prima já arrumou uma enfermeira para cuidar de mim. Vai ser preciso porque mamãe, coitada, não vai dar conta e papai, você sabe, é homem e fica difícil cuidar da gente.

E- Acho que a idéia foi boa de contratar a moça.

P- Ah, sim. Assim ela dorme comigo, pela manhã me dá o banho e depois pode ir embora. Porque durante o dia, tem um mundo de gente para me paguear. Nossa, todo mundo vai querer me cuidar. Meu irmão mesmo, hoje quando telefonarem, ele vem me buscar na mesma hora.

E- É provável que amanhã eu não a encontre aqui. Se sua cama estiver vazia, é porque a sra. foi para casa.

P- É, mas não sei não. Tenho que tomar plaquetas e às vezes de

mora. Se bem que serão só duas, mas às vezes atrasa. Acho que se eu for, será bem tarde, ou então amanhã. Vamos ver. Mas você vai em casa, não é?

E- Vou.

Como a atendente estava aguardando o término do encontro para dar o banho na paciente, despedi-me.

E- Bem, D.Ester, vou deixá-la para poder tomar o seu banho.

P- Tome nota do meu endereço. É rua tal, número tal, telefone tal.

Anotei o endereço e prometi ir vê-la.

P- Vá mesmo Magali, que vou sentir falta da força que você me dá. Me faz bem. Quando tiver uma folguinha, dê uma passada por minha casa.

E- Irei. Agora vou embora. Até amanhã. Aqui ou em sua casa.

P- Telefone antes para saber se fui mesmo.

E- Está bem.

Dia 08/03/1985

Cheguei à casa da paciente às 15:00 horas. Um senhor abriu-me a porta e convidou-me a entrar.

Entrei no quarto de Ester que estava deitada em uma cama, encolhida no leito. Sua prima chamou-a.

F- Ester, a Magali está aí.

A paciente virou-se e disse:

P- Oi Magali, que bom que você veio.

E- A sra. não acreditou que eu viria, não é?

P- Não mesmo. Pensei que por você ter aulas e tudo o mais, não desse para vir.

E- Pois estou aqui.

P- Fico tão feliz. Sabe, estou mal. Tomei purgante, já evacuei muito, vomitei, dói-me o estômago. Estou tão mal.

O pai, entrando no quarto falou que Ester ficara nervosa na véspera, porque demoraram para ir buscá-la no hospi-tal. Houve um problema de recado não dado e daí o atraso.

Ester pouco falou sobre o episódio e o relato parececia entendiá-la.

A família (pai, mãe, irmão) foi chegando no quarto e Ester me apresentando. Todos queriam saber se eu era do hos-pital e percebiam ansiedade em todos no que se referia a per-guntas que queriam fazer sobre a medicação, sobre o que dar pa-ra ela comer.

D. Ester chorou e reclamou de dor durante os 60 mi-nutos que lá fiquei. A todo instante dizia que queria vomitar, evacuar, mas não o fez. Queixou-se muito de dor, de mal-estar.

Dizia:

- O que vai ser de mim agora? Como vai ser? Como vou ficar assim?

Virava para o leito de um lado para outro, muito in

quieta e rejeitando qualquer tentativa para melhorar a dor.

Em um momento seu pai lhe disse:

F- Até parece que você está querendo voltar para o hospital.

Ester sentou-se no leito e falou indignada:

- Ora, papai, não pode ser o senhor que está dizendo uma coisa dessas. Onde já se viu!

O tempo que lá permaneci, Ester queixou-se, movimentou-se, chorou, reclamou e pareceu-me em desespero. Suas queixas de dor física eram vagas e a família contou-me que Ester provocou o vômito colocando o dedo na garganta.

Às vezes ficava preocupada em não estar me dando atenção e pedia-me para "não reparar". Chegou uma enfermeira, prima de Ester e falou com ela sobre a necessidade de se alimentar. Falou em tom ríspido, eu achei.

Saí dizendo que voltaria na 2^a feira. Ester agradeceu a visita e saí.

Sua mãe foi acompanhar-me e na sala e disse:

F- O que você acha? O caso dela... O médico já avisou a gente. Eles têm feito de tudo, coitados. Não desanimam, tentam de tudo. Enfim, estão fazendo o papel deles. Mas, não sei não...

E- É difícil dizer, mas o estado de Ester é grave.

F- É, a gente sabe.

E- Ela está sofrendo muito.

F- É verdade.

Disse que voltaria 2^a feira e despedi-me. A mãe também agradeceu a visita. A prima acompanhou-me até o portão e disse:

- Coitada dela, né? A gente não pode fazer nada além disso.

Análise da situação vivida:

A impressão que tive foi de um certo cansaço da família. A mãe ao falar do "caso" de Ester não expressou emoção. Pareceu-me tratar-se de algo já há muito esperado.

Ester pareceu-me insegura e manipuladora do ambiente. Pais, primas, irmão ao seu redor e Ester chamando a todos para dizer de sua dor e de como seria dali por diante, o que seria dela.

Quando cheguei, todos queriam saber se eu era do hospital.

Em sua casa, Ester pareceu-me uma pessoa diferente, de entrega fácil. Não se percebe a luta, a força que ela expressa no hospital.

Pela primeira vez não tentou me reter ao seu lado. Não falou comigo olhando-me diretamente como de costume.

de dor, com os olhos semi-fechados ou com o olhar vagueando pelo quarto.

Dia 11/03/1985

Início: 16:45 hs.

Cheguei na casa de D.Ester. Sua mãe abriu-me a porta e explicou que Ester voltara na noite de 6^a feira (08/03/85)

para o hospital, onde permanecia internada na mesma enfermaria de onde saíra. Segundo sua mãe, a paciente passara muito mal, com hemorragia e fora levada correndo para o hospital.

Dia 13/03/1985

Início: 16:40 hs.

Término: não anotei.

Ester estava deitada no leito com a cabeceira da cama elevada. Uma auxiliar de enfermagem estava ao seu lado, pois, seu soro saíra fora da veia.

E- Boa tarde, D. Ester.

P- Oi, Magali. Que bom te ver.

E- Fui vê-la em sua casa, mas a sra. tinha "fugido".

P- É isso mesmo.

E- Como está agora?

P- Melhor. Estou bem melhor. Fiquei muito ruim lá em casa. Piorei bastante e fui para o hospital da cidade. De lá transferiram-me para cá novamente.

E- Quando estive em sua casa, percebi que a sra. não estava bem. Não achei a sra. feliz lá.

P- Não, né?

E- Não.

P- Pois é. Eu nem deveria ter ido.

E- Achei que a sra. não estava querendo mesmo ir. Não se sentia em condições.

P- Pois é, mas eles quiseram me dar alta e eu fui. Mas sabia que ainda não estava na hora. Tenho que sarar melhor, ficar

mais forte.

E- Entendo.

A veia fora perdida e havia necessidade de pegar outra. Ester ficou aflita com as tentativas de puncionar a veia, mas deixou que a auxiliar o fizesse.

Aliviada, após a reinstalação do soro, conversou bastante. Falou do carinho que tem recebido dos familiares, das frutas que trazem para ela, do pessoal do hospital e da limpeza que rezam por ela e lhe trazem imagens de santos.

Pediu uma banana que comeu toda. Pediu uma maçã que também comeu, sempre enfatizando que queria comer bastante para ficar forte.

Falou ainda que às vezes o pessoal do hospital demora em lhe atender porque ficam muito ocupados com os doentes ruins e largam os bons.

Comentei:

E- Não dá vontade de ficar bem ruim para que os outros fiquem ao seu redor, também?

P- Ah! não. Prefiro ficar só, mas bem boa como estou.

Falava com dificuldade, a respiração difícil. Contou-me que tivera pneumonia e só hoje melhorara. Disse também que havia tido disenteria e evacuara fezes com sangramento.

Comentei sobre seus pais, ainda relativamente jovens. Ester disse ser muito parecida com o pai e identificou-se como sendo uma pessoa alegre e que sempre teve alegria de viver;

quando está triste chora e reclama, não sabe fingir.

Não chorou nenhuma vez, nem aparentou emocionar-se. Tentou me reter no final da entrevista. Despedi-me prometendo voltar no dia seguinte.

Análise da situação vivida:

Paciente parece de certa forma confortável por estar novamente no hospital. Não falou muito sobre sua alta e o pouco tempo que ficou em casa. Senti que procurou manter o assunto na situação hospitalar.

Expressão facial descontraída, parece que "retomou" a sua vida no hospital e assumiu-a. Parece ter readquirido a confiança no poder do hospital em fazê-la ficar forte.

Parece mais convicta de sua capacidade de luta por ter vencido mais umas dificuldades - a pneumonia, o sangramento.

Dia 14/03/1985

Início: 8:30 hs.

Término: 9:30 hs.

Cheguei às 8:30 horas. D.Ester estava queixando-se de muita dor e da porta da enfermaria já ouvi suas queixas. Reclamava também que queria tomar seu café, que não havia ninguém para dar-lhe.

Aproximei-me, peguei seu café, e me achei junto a sua cama.

D.Ester sorriu e disse:

P- Ah! é você, ainda bem. Meu café, que bom!

E- Como passou, D.Ester?

P- Nada bem. Estou com muita dor.

E- Onde?

P- Nas costas, é devido à pneumonia. Mas que coisa, que dor hor
rorosa.

E- Deu para dormir esta noite?

P- Quase nada. Gritei de dor a noite toda.

Dei-lhe seu café. Paciente parecia ansiosa para co-
mer. Disse:

P- Preciso comer. É isto que vai me deixar forte. Aí, como é du
ro esse sofrimento. E eu preciso tanto sarar.

E- Está difícil, não é D.Ester?

P- Muito. Demais da conta. Agora é só essa pneumonia. Se não foss
se isso, eu já estaria boa, mas boa mesmo. Que coisa!

E- Tanta complicação, não é?

P- Pois é. Custoso demais.

E- É muita coisa para uma pessoa só, não é?

P- Nem diga. Mas não quero repartir com ninguém. Não desejo pa
ra ninguém o que sinto. Dói também o ânus. Quando não são as
costas, é o ânus. E a gente não tem sossego.

Entraram duas médicas e Ester implorou-lhes que lhe
tirassem a dor. Chorou, gemeu e queixou-se bastante. Umas das
médicas dizia:

M- É por causa da pneumonia, Ester. Será que você não está um pouco nervosa hoje?

P- Não estou não. Que nervoso, o que! É dor mesmo que sinto. Não posso nem me mexer. Grito de dor.

M- Você grita mesmo, Ester. Qualquer dia vamos jogá-la pela janela e garanto que você vai gritando.

P- Vou mesmo.

Apesar das palavras parecerem rudes, a médica é mui carinhosa com Ester e demonstra envolvimento com a paciente. Toma-lhe as mãos, acaricia seu rosto.

Ester continuou:

P- Doutora, me faça sarar. Eu não aguento essa dor.

M- Você está sarando, Ester. Agora você não tem mais anemia. É só sarar da pneumonia.

Fez exame em Ester, auscultando-lhe as costas e comentou com a outra médica que iria pedir um Raio X de urgência.

Ester, ao ver sua companheira de quarto andando, comentou:

P- Se ao menos eu estivesse doente mas pudesse andar para lá e para cá como elas, ainda era suportável. Mas assim, como estou é muito duro. Duro demais.

Chegou um auxiliar de enfermagem para dar-lhe um remédio para dor. Outras pessoas chegaram ao quarto às quais Ester me apresentava como sua amiga.

Ao despedir-me tomei sua mão entre as minhas demoradamente. Acariciei sua testa e disse:

E- Até logo, D.Ester. Volto amanhã.

P- Até amanhã. Venha mesmo. Você é muito importante para mim.

E- Virei amanhã. Até.

Análise da situação vivida:

Ester parece mais fraca fisicamente. Abatida, respiração difícil. Comparou-se às outras pacientes em termos de doença.

Tem alguns momentos de desânimo, seguidos rapidamente de uma recuperação do ânimo. Fala com todas as pessoas da equipe de saúde e de enfermagem, reclamando da dor. Parece esperar que alguém lhe tire dessa situação. Demonstra e verbaliza afeto por todos. Segundo ela, todos são bons, todos fazem o que podem. Não tem queixas explícitas da equipe.

Apenas implícitas quando diz:

- Gosto de todos. Mas tem umas que são melhores. Não que eu queira desfazer das outras.

Ou então:

- Essa médica é boa, coitada, mas estou mais acostumada com a outra que me explica melhor as coisas.

Ou ainda:

- Demoram para me trazer as coisas. Às vezes meu café esfria. Também, elas têm tanto serviço. Não dá mesmo. Fazem

o que podem por mim, coitadas.

Sinto-a um tanto assustada diante de tantas complicações. Mas continua lutando e falando em sarar, ir para casa, voltar para sua loja.

Dia 15/03/1985

Início: 9:40 hs.

Término: 11:30 hs.

Ao chegar à enfermaria, ouvi Ester gritando no banheiro, com medo de cair. Dizia que a cadeira estava lhe cortando.

Dizia para a funcionária, chorando:

"Não aguento mais. Vocês só falam que tenho que aguentar. A cadeira está me cortando. Quanto tempo faz que estou aqui sozinha. Eu morro hoje. Assim não é possível".

Duas funcionárias tentavam explicar-lhe, à medida que lhe davam banho, que não sabiam que ela estava só no banheiro.

Ester dizia:

"Este sabonete arde meu ânus. Gente, pelo amor de Deus. Tem dó. Desculpem estar gritando, mas estou tão nervosa. Dói tanto. É tão duro. Não é enjoamento não. Dói, não aguento. Queria a outra cadeira, não gosto desta cadeira".

A funcionária respondia.

"Não podemos mais arrastar cadeiras. Tem uma ordem proibindo. Muitos funcionários ficaram com problemas de coluna por arrastar a cadeira. Agora só se pode usar esta cadeira,

própria para o banho".

P - Pois eu nunca mais vou por os pés nesta cadeira.

- Mas você já usou essa cadeira.

P - Mas foi um banho rápido, não esse tempo todo que fiquei esperando. Depende de quem dá o banho.

- É que a funcionária é nova.

P - Pois é. Mas essa cadeira marca tudo a gente. Deus me livre. Não sei como vocês têm coragem de fazer isso com a gente. Meu ânus vai doer o resto do dia.

Fiquei na enfermaria ouvindo esses diálogos enquanto anotava-os.

Ester dizia:

"Eu morro de dor. Estou tão nervosa. Acho que vou vomitar. Me desculpe, gente. Mas doi demais, esta porcaria desta cadeira".

Ester voltou para o leito, na referida cadeira, chorando e queixando-se de dor.

Ajudei a passá-la da cadeira para a cama, quando vi o sangramento da região anal que a paciente tanto se queixava. Foi para cama, sempre chorando. Troquei sua camisola que estava molhada, passei pomada na região anal..

Ester sempre chorando e dizendo de sua dor, do quanto avisara que estava doendo e da inexperiência da pessoa que a levava ao banheiro.

Uma das auxiliares lhe dizia:

"Você precisa colher urina, Ester, para exame".

P - "Que urina, o que! fazem esse monte de exames e eu aqui sem uma solução".

A seguir, disse:

P- *Mil desculpas, gente, pelo show que eu dei. Desculpe, Magali, você que é minha amiga.*

E- *Não tem que pedir desculpas, D.Ester. A sra. tem mais é que gritar mesmo. Se estava doendo a sra. tinha que reclamar. As pessoas precisam ouvir os doentes.*

P- *Você acha mesma que eu devo?*

E- *Acho.*

P- *Talvez você tenha razão.*

Foi se recompondo e se acalmando. Ofereci -lhe uma banana e quando começou a comê-la, disse:

P- *Quero ficar bem forte. Por isso procuro comer.*

E- *Eu sei.*

P- *Gostaria de comer mais uma fruta.*

E- *Vou buscar para a sra.*

P- *Você pode fazer isso?*

E- *Claro.*

Trouxe uma pera que a paciente comeu toda. Referiu que a dor no ânus estava melhorando. Parecia mais calma, não chorou mais.

Disse que não gosta de magoar as pessoas, mas a moça que a levava ao banho, não sabia lidar com ela.

Análise da situação vivida:

Ester esteve em desespero por alguns instantes. Readiquiriu a confiança e a seguir se recompôs no leito. Sua expressão facial acompanha nitidamente sua desesperança seguida de esperança.

Disse quando sai:

P- Você é tão boa para mim. Quando eu sarar, ficar bem boa, quero que você vá em casa e iremos sentar no sofá, bater papo, fofocar e comer um pedaço de torta.

E- Com cafezinho mineiro?

P- Claro, com cafezinho mineiro.

E- A sra. imagina quando irá de alta?

P- Não, mas quero ir bem boa. Senão, não vou.

Preocupada em expressar seu sentimento de insatisfação com os que cuidam dela. Às vezes tenho a impressão que receia revanchismo, pois logo após reclamar, se culpa ou culpa o fato de ela não estar boa por causa da doença e pede desculpas se magoou alguém.

Conversei com a auxiliar sobre a cadeira que machucara a paciente e ela respondeu:

- Sabe, não é a cadeira. Acontece que o ânus dela está cheio de fissuras internas que o pessoal da cirurgia viu e disse não ter nada a fazer. É a doença dela. Ela é assim mes

mo, reclama de tudo, de qualquer um que cuida dela. A gente não pode ligar.

E - Acredito que a cadeira forçou demais a região anal. Realmente sangrou.

- Pode ser que a cadeira seja muito aberta. Eu acho que é mesmo.

E - Pois então você vê que a Ester tem razão. A cadeira machucou-a. Não deve ser tentado novamente, mesmo porque ela não vai aceitar.

Percebi na atitude da equipe de enfermagem um certo abandono da paciente, como se o caso já estivesse encerrado. Nada mais resolvia e não havia quem aguentasse as reclamações da paciente. Não sinto ninguém no andar realmente disposto a compreender Ester.

Referiu-se a ela como a uma doente já antiga, cheia de mimos e disse:

- "Quem não conhece o choro da Ester? ela chora e reclama o dia todo. Se a gente for ligar, já viu...

Dias: 16 e 17/03/1985 - Sábado e Domingo

Dia 18/03/1985

Início: 7:40 hs.

Término: 8.10 hs.

Cheguei à enfermaria, Ester estava no banheiro, tomando banho auxiliada por alunas do curso de auxiliar de enfermagem.

Aguardei que saísse e quando retornou à enfermaria, andando, disse:

P- Oi Magali, você sempre chegando na hora certa, né?

Ajudei a colocá-la na cama. Havia mais duas alunas na enfermaria.

E- Como passou D.Ester?

P- Bem, passei bem. Só tenho dor no ânus. Está doendo muito.

E- Como foi o final de semana?

P- Foi bem. Veio um monte de gente. Tive visitas o dia todo, até a noite.

E- Quem veio?

P- Papai, mamãe, minhas tias, minhas primas. Fiquei tão feliz. Chegou mais frutas e vão trazer mais.

E- Que bom.

P- Nem diga. Agora precisava tirar essa dor. Preciso tomar alguma coisa para tirar essa dor. Sinto um mal-estar danado. Uma coisa ruim mesmo.

E- E a dor nas costas?

P- Sarou completamente. Nem me lembro mais dela.

E- E a tal cadeira que judiou da sra. outro dia?

P- Para mim não existe aquela cadeira. Você sabe que tive saudades de você esses dias?

E- Também senti sua falta.

P- Há uma coisa que quero lhe falar: (fechou os olhos e falou bem baixo):

Meus irmãos vão falar com a chefe e pedir para virem todo

dia durante uma hora, um por dia, para me sentarem, me apoiarem, andando um pouco e para eu não chorar tanto, para me apoiarem. Disseram que precisam acabar com as minhas lágrimas.

E- E a sra., o que acha?

P- Eu acho bom. Vou me sentir bem.

E- Então está bem. Tenho certeza que a chefe vai concordar. Seus irmãos vão até ajudar a enfermagem desse jeito.

P- Vai ser bom. Eles gostam muito de mim, por isso vão fazer assím.

Entrou a médica e cumprimentou Ester efusivamente, Ester recebeu-a muito feliz e disse que a pneumonia tinha sarado, que estava tudo bem, com excessão da dor no ânus. Mostrou-se alegre, risonha e animada.

Despedi-me dela dizendo que voltaria na 4^a feira.

Análise da situação vivida:

Ester parece ter recuperado o ânimo. Sente-se melhor fisicamente, apesar de ter queixado de mal-estar. Está satisfeita com a evolução do seu estado, ter sarado da pneumonia parece uma grande conquista para Ester. Tem um ar risonho e parece triunfal. Os momentos de desânimo são menores e nesse sentido as queixas são vagas.

Seu tom de voz é mais firme, mais imperativo. Não está se colocando nas mãos dos médicos, nem na de um Deus. Parece mais segura do êxito de sua vontade de sarar.

Os familiares, segundo ela, vão assumir uma parce-

la de seu cuidado e isso é importante para ela. Está se sentindo cuidada e sua doença é aprovada por eles.

Dia 20/03/1985

Início: 12:15 hs.

Término: não anotei.

Ao chegar, Ester estava recebendo seu almoço.

E- Bom dia, D.Ester.

P- Oi, bom dia.

E- Como está?

P- Passei mal do intestino. Hoje vou fazer lavagem.

E- Seu intestino não funcionou bem depois da internação?

P- Ainda não.

E- E as plaquetas?

P- Não tenho tomado. Talvez amanhã eu tenha uma licença para ir para casa. Depois vou ter que fazer quimioterapia de novo, pois meus exames estão muito mal.

E- Muito o que?

P- Muito mal. Os exames de medula estão baixos. Está produzindo poucos glóbulos.

E- Vai fazer quimioterapia de novo?

P- Vou. Mas não da normal, que eu não vou aglentar. Vão fazer uma outra coisa mais suave. Vamos ver. Vou ter que pensar muito em casa. Se eu for para casa, pois ainda não é certeza. Se eu for, vou ter que pensar bastante.

A atendente começou a dar a comida para a paciente

e eu sentei-me na enfermaria enquanto aguardava, esperando que se alimentasse.

A paciente dizia para a atendente:

"É duro a pessoa ter que olhar a gente. Estou tendo muita paciência, muita paciência mesmo. Olhe só o tanto que você põe, minha boca é pequena, e não cabe tudo isso. Você está com pressa?"

A atendente respondeu:

- Um pouco.

Estou vendo, às vezes quero fruta e não tem nem quem busque para mim. É tão duro.

Às vezes interrompia a alimentação para me fazer perguntas:

P- Vou ter que fazer lavagem. Você acha que dói, Magali?

E- Um pouco dói. Mas se seu intestino não está funcionando, é preciso fazer. A sra. está se alimentando bem e isso tudo que fica no intestino precisa sair.

Quando terminou de almoçar, ficamos a sós e eu disse:

E- O que você está achando de ir para casa, Ester?

P- Não sei. Você acha que eu aguento? As doutoras, todas, dizem eu aguento.

E- Você é que deve responder, você acha que aguenta?

P- Não sei, só se eu estiver bem mesmo.

E- Você quer ir?

P- Quero porque é de licença, se fosse definitivo eu não queria. É de licença para eu voltar e fazer a quí^umio.

E- Está animada para fazer a quí^umio?

P- Tenho que fazer. Eu perguntei aos médicos se como ser humano eu tinha direito de não querer. Eles me disseram que tinha, mas me explicaram que seria muito perigoso não fazer, que se há tratamento a gente deve usar. Que é judiação deixarem eu morrer sem o tratamento. Então eu vou fazer. A gente precisa tentar, uai. Foi uma notícia muito ruim essa das plaquetas não estarem boas. Não vou nem contar lá em casa. Coitados. Para que preocupá-los? Não adianta mesmo. Depois eu conto. Que problema, que dureza.

E- Posso avaliar.

P- Mas estou bem. Vou ficar melhor ainda. Amanhã você vai me encontrar bem melhor, você vai ver.

E- Hoje não saiu da cama?

P- Não, não aguentei.

Ficamos nos olhando sem falar durante alguns ins-
tantes.

Ao despedir-me, Ester disse:

P- Não deixe de vir me ver. Fico tão contente quando você vem.

E- Virei amanhã. Será que a encontro aqui?

P- Ah, sim! Não é certo que vou embora. Vou ver também se vou.
Só se estiver bem boa.

E- Até amanhã, então.

P- Até amanhã.

Análise da situação vivida:

Ester falou pouco, não sorriu, e mesmo quando dizia que ía melhorar o seu olhar não demonstrava convicção. Seu tom de voz não tinha ênfase dos outros dias. Seus olhos não se fixaram em mim quando falava.

Falou em pensar se quer submeter-se ao tratamento, e disse que o seu estado é grave.

Parece mais consciente da gravidade do seu estado embora logo após dizia frases que sugeriam negação. Está mais contida. As próprias reclamações não têm o calor dos outros dias. Não chorou, nem mencionou tê-lo feito.

Falando em poupar a família, por alguns momentos pareceu consciente que o que tem é grave. E mesmo quando nega, não o faz de maneira enfática como habitualmente. Não falou em voltar à loja.

Dia 21/03/1985

Início: 13.00 hs.

Término: 13:40 hs.

Dona Ester estava deitada no leito.

E- Boa tarde, D.Ester.

P- Oi, é você? Estava pensando em você agorinha mesmo.

E- Como vai?

P- Bem. Só que com muita dor no ânus. É só isto que tenho ago

ra, mais nada. Só o ânus.

E- Vai para casa?

P- Vamos ver. Eles irão ver. Estão fazendo muitos exames para ver se posso ir.

E- A sra. quer ir? Como vê essa chance de alta?

P- Quero só se estiver bem. Hoje tomei plaquetas. Pediram mil exames para ver se descobrem o que tenho no ânus, vamos ver. Vou fazer uma quimioterapia mais suave.

E- Quando voltar da alta?

P- É. Depois, as outras aplicações, a doutora falou que eu posso fazer em casa. Ai vai ser melhor.

E- A sra. acha melhor em casa?

P- Ah, é! Lá tem conforto, tem meus pais, todo mundo me olha. É muito diferente. Hospital é muito duro. A gente suporta porque não tem outro jeito. Mas é muito difícil. Não vem ninguém ver a gente, tudo é demorado. É uma tristeza.

E- Precisa reclamar quando não está bem atendida.

P- Às vezes é pior. A gente tem que ter paciência e conformar. Sabe, eu vou para casa se eles disserem que posso, mas a minha cama fica se eu quiser voltar. Os médicos estão me explicando tudo sobre os exames e dizem que estão fazendo isso porque sou mais esclarecida, porque sou diferente dos outros doentes.

E- E com isso a sra. sofre mais, não é?

P- Pois é. Mas vou lutando. Vamos ver o que Deus reserva para

mim. Se é a cura ou não. Sabe, falta gente para atender. Eu não estou aqui como indigente. Sou pagante.

E- Eu não sabia.

P- Sou sim. Pago taxa de internação. Meu caso é de interesse científico.

E- Compreendo.

P- Hoje é dia de visitas.

E- Mudou o dia?

P- Mudou.

E- Amanhã venho vê-la pela manhã e ficarei então sabendo se a sra. vai para casa.

P- Está bem. Agora estou querendo um banho.

E- Eu vou sair e ver se acho alguém para dar-lhe um banho.

P- Que bom! Faça isso.

Quando ia saindo, seus pais e dois irmãos chegaram para visitá-la. Cumprimentei-os e saí deixando Ester com os familiares.

Ao procurar a enfermeira-chefe para solicitar alguém para dar banho em Ester ela me disse:

- Vou mandar alguém. Você nem imagina, é o dia inteiro. À noite ela não dorme um minuto, à toda hora quer alguma coisa.

Ela está sofrendo muito.

- Isso é.

Então mande alguém dar um banho na Ester, aliviar um pouco a dor no ânus.

- Vou ver o que posso fazer.

Análise da situação vivida:

Ester continua com muitos momentos de esperança apesar dos muitos de desesperança em suas palavras, gestos e olhar. O tom de voz continua mais baixo, mais compassado, e as emoções não têm se extravasado com lágrimas.

Está numa constatação do que é estar no hospital, o que é chamar e não ser atendida. É como se agora estivesse se apercebendo desta realidade.

A equipe de enfermagem cansada dos "pedidos" de Ester me parece que tende a afastar-se dela ou a executar o mínimo indispensável.

Dia 22/03/1985

Início: 13:10 hs.

Término: não anotei.

Dona Ester estava conversando com um técnico do banco de sangue ao qual me apresentou como amigo. Após a saída do técnico Ester disse:

P- Ele é uma bondade. Ele que vem por as plaquetas em mim e nas horas que pode vem conversar comigo. Ele morre de pena de mim e quando estou chorando ele até chora junto.

E- Como está hoje?

P- Muito bem. Evacuei bastante e a dor no ânus quase passou.

Foi uma beleza. Estou tão contente. Vou para casa amanhã. Isto é, eu acho. Eles disseram que eu vou se não tiver febre, nem sangramento. Posso voltar na 2^a feira para começar a quimioterapia. Vão fazer sub-cutânea porque não tenho mais veias para fazer no soro. E depois, as outras, posso fazer em casa. Viu que felicidade? Que coisa mais boa?

E- Está contente?

P- Nossa! Nem diga. Eu vou tratar mesmo porque é como eles disseram: tem tudo para dar certo. Só se essa quimio não funcionar. Ai, o que se vai fazer? Se for meu destino não sarar, e morrer, é porque Deus quis assim. Afinal ninguém fica mesmo, não é?

E- Isso é verdade. Todos nós vamos morrer.

P- Pois é. Mas enquanto der a gente trata não é? Tem recursos que podem curar a gente. Então eu vou fazer tudo direitinho para sarar. Sabe, estou animada. Desta vez acho que saro mesmo. Agora em casa vou cortar o cabelo, fazer as unhas do pé e da mão, vou me arrumar. Aqui parece que estou tão suja, tão suja, que quero mudar tudo. Já falei com a cabelereira e com a manicure e elas vão lá em casa.

E- Está animada mesmo, não é?

P- Ah! estou. Você acha que eu devo contratar uma pessoa para cuidar de mim em casa?

E- Se a sra. se sentir melhor creio que deve.

P- Sabe, volto 2^a feira. Mas os médicos disseram que qualquer coisinha que eu sentir é para eu voltar imediatamente. E eu

volto mesmo. Minha cama vai ficar reservada.

E- Venho vê-la 2^a feira, então.

P- Está bem. Sabe que eu queria lhe dizer que esse pessoal de enfermagem é gozado. Ontem veio uma moça me limpar e eu pergun^{te}i porque estava assim o meu ânus e ela disse que era de anemia. Eu acho engraçado. Tudo eles falam que é anemia. Anemia daqui, anemia dali.

E- E o que a senhora acha?

P- Eu acho que não tenho mais anemia. Os médicos mesmo disseram que o meu caso é sério mas que não é assim também. A medula não está parada. Eu estou bem melhor. E o tratamento está dando resultado. Eles estão fazendo de tudo.

E- A senhora tem colaborado muito no tratamento. Tem tido muita paciência.

P- E vou ter cada vez mais. Vou fazer tudo direitinho e hei de sarar. Já disse para os médicos não se impressionarem com as minhas plaquetas baixas. Já tive plaquetas mais baixas que isso e sarei.

E- Vejo a sra. na 2^a, então?

P- Sim, 2^a feira eu estarei aqui para a quimio. Espero você.

E- Virei à tarde.

Análise da situação vivida:

Ester está animada com a quimioterapia. Seu tom de voz aumentou, a linguagem gestural, o riso e as palavras de au

to-confiança, e confiança de equipe.

A idéia de alta lhe atrai porque é a licença, com a garantia da volta na 2^a feira para iniciar um "novo" tratamento. Parece desafiar a equipe quando diz "já tive plaquetas mais baixas e sarei".

Fazendo planos para sua aparência pessoal como se estivesse bem próxima de retomar uma rotina de hábitos interrompida pela doença.

Não apresentou queixas físicas, não chorou. Suas energias estão concentradas no tratamento a ser ministrado.

Quando verbaliza o morrer o faz rapidamente, logo retomando a necessidade de luta e o poder do tratamento. Sua esperança se sobrepõe à desesperança.

Dia 27/03/1985

Início: 11:40 hs.

Término: não anotei.

A prima de Ester e seu irmão estavam ao seu lado.

Ester estava deitada no leito, sua cama fora deslocada para próximo à janela. Seu estado piorara muito: as mucosas estavam ictéricas, o rosto bem edemaciado, a respiração muito difícil. Olhos cerrados. Vários soros correndo em sua veia.

A prima foi logo me dizendo que Ester estava mal e que piorara muito após reiniciar a quimioterapia.

Toquei-a com a mão e Ester abriu os olhos. Fixou-os em mim longamente como se demorasse a me reconhecer. Por fim disse:

P- Oi, Magali. Que bom te ver (a voz estava bem "enrolada", muito

to baixa, falando com muita dificuldade. O olho esquerdo se quer abria totalmente).

E- Oi, Ester.

P- Estou tão mal. Ontem evacuei o dia todo.

E- Estou vendo que você não está bem.

P- Não estou não. Não sei o que será de mim.

Fechava os olhos e se cansava bastante para falar. As frases eram pronunciadas com muita dificuldade.

Fiquei tocando-a permanentemente.

Às vezes abria os olhos:

P- Sabe, à noite sempre fica alguém comigo da família.

E- Já que a sra. não pode ir para casa então é justo que eles venham aqui, não é?

P- É sim. Quero falar com o Dr.K. Ele precisa dar um jeito.

O irmão foi chamar o Dr.K:

P- Dr. K., o senhor precisa dar alguma coisa para essa dor que sinto.

O médico receitou uma medicação. Como demorava fui atrás verificar o motivo da demora. Finalmente chegou a medicação e havia também um sangue para colher. Ester reclamou e chorou porque não há mais veias disponíveis para puncionar.

Quis suco e ao sugã-lo através de um canudo, percebia-se que Ester não tinha força de sucção.

Ester não alterou sua posição (lateral esquerda) no leito durante todo o tempo que estive. Reclamava de dor, das agressões de punção de veia e lágrimas escorriam pelo canto de seus olhos em silêncio.

Quando seu pai entrou, perguntou:

- Como vai filha?

Ah! pai. Deste jeito (e novas lágrimas ocorreram).

Quando chegou a refeição, Ester disse:

Não quero comer.

Permaneci bastante tempo no quarto tocando em Ester.

Quando me despedi, olhei-a nos olhos e disse:

Eu volto Ester, para vê-la. Lamento que você esteja sofrendo tanto.

A paciente apertou demoradamente minha mão e olhou-me também fixa e demoradamente. A seguir acenou com a cabeça (gesto e olhar de que me entendia).

Saí e pedi à prima que me avisasse caso Ester piorasse mais. Soube também que foram buscar uma tia de Ester para vê-la já que a paciente estava pedindo.

Dia 28/03/1985

Início: 11:40 hs.

Término: 12:10 hs.

Cheguei à enfermaria. Ester estava deitada sozinha no quarto. Havia grades protetoras em seu leito. Vários soros eram injetados em sua veia. Estava com cateter de oxigênio na

sal e respiração difícil. Olhos fechados. Cabeça virada para o lado esquerdo, postura de abandono. Sua boca aberta puxava pela respiração que era ofegante. Não havia nenhum familiar com Ester e fiquei anotando na enfermaria o que observava.

Ester continuava edemaciada e com a pele ictérica; no chão havia várias manchas de sangue.

Permaneci meia hora sentada ao lado da cama de Ester que não esboçou nenhum movimento.

Entrou uma aluna de enfermagem que disse que Ester melhorara em relação ao dia anterior. Disse também que nenhum familiar viera hoje vê-la. Apenas uma prima passara a noite com ela.

Às vezes eu a tocava e chamava em voz baixa, mas Ester não expressou nenhum ato de quem me ouvia. Parecia estar em sono profundo.

Soube que não estava comendo. Tomara apenas um pouco de suco. O tratamento quimioterápico prosseguia com injeções sub-cutâneas.

Resolvi deixar um bilhete para Ester e fui embora.

Dia 29/03/1985

Início: 12:00 hs.

Término: 12:30 hs.

Do corredor ouvi os gritos de Ester. Havia sido transportada para outro andar devido à dedetização do hospital. Estava em uma enfermaria individual.

Quando entrei estava só, gemendo.

Aproximei-me. A paciente estava de olhos fechados. To

quei-a levemente e chamei-a pelo nome. Ester abriu os olhos, olhou-me e disse:

P- Oi, querida.

E- Oi, Ester. Como está?

P- Melhor, mas ainda com muita dor no ânus. Fui examinada por um especialista estrangeiro e ele disse que é só fissuras o que tenho.

E- Você recebeu meu bilhete?

P- Recebi. Leram para mim. Fiquei muito contente.

Hoje o Dr.X disse que não preciso tomar mais sangue. Disse que chega de tanto sangue. Graças a Deus. Meu tio pousou comigo. Eles não estão me deixando sozinha.

E- Você está fazendo quimioterapia ainda?

P- Estou.

E- O que você está achando?

P- Está melhorando.

E- Você sente as melhoras?

P- Só dói o ânus e a barriga.

Seus gemidos eram frequentes e intermitentes com a conversa. Chegou sua refeição que a funcionária da nutrição colocou na mesa a uns 3 metros da cama de Ester.

Entrou outra funcionária da enfermagem e Ester disse:

- Você me dá o almoço?

A funcionária respondeu:

Dou. A seguir saiu e não retornou.

Ofereci-me para dar seu almoço. Ester aceitou e disse:

- Nem sei se quero comer. Não tenho vontade.

Comecei a dar-lhe a sopa em pequenas colheradas e Ester deglutia com dificuldade. Após duas colheres pediu para parar e não quis mais.

Dia 01/04/1985

Início: 13:00 hs.

Término: 13:25 hs.

Ester estava deitada no leito com a cabeceira bastante elevada, tomando soro e sangue. A paciente ao seu lado dormia e não havia nenhum familiar com Ester. Havia duas funcionárias da limpeza com máquinas ligadas e o ruído era intenso.

Aproximei-me e cumprimentei-a.

E- Oi, Ester, como está?

Olhou-me e respondeu.

P- Melhor.

A respiração era bastante difícil, a voz saía com muita dificuldade, em tom baixo e Ester não articulava bem as palavras. Seu olho esquerdo estava bastante vermelho, seu olhar cansado mas inquisidor, procurando meus olhos.

P- Estou com hemorragia de novo.

E- No intestino?

P- É.

E- E a quimioterapia?

P- Estou fazendo. Por isso as manchas voltaram.

O ruído das máquinas era grande e era difícil entender o que Ester dizia.

E- Como passou o fim de semana?

P- Bem.

E- Veio bastante gente te ver?

P- Veio, meu irmão, outro irmão, um irmão pousou aqui está no i te.

E- Toda noite alguém pousa com você, não é?

P- Sim.

Silêncio. Depois Ester disse:

P- Não tenho mais vontade de comer.

E- Você tinha tanta, não é Ester?

P- Pois é! Acabou. Já falei com o Dr.X e ele disse para não for çar.

E- Não force mesmo.

P- Sinto vontade de vomitar. Parece que se eu vomitar vai ali vi ar uma coisa ruim que sinto. Será que esse sangue está na veia? Fico tão nervosa.

Verifiquei o sangue e disse a Ester que estava cor ren do bem dentro da veia.

E- A Dra.Y ainda é quem cuida de você?

P- São uns aí. Nem sei.

Após um período de silêncio, Ester disse:

P- Não repare de eu não conversar. Estou tão cansada.

E- Não se preocupe com isto, Ester. Sei que você está cansada. Estou percebendo isso. Passei para vê-la, para você saber que não estou te abandonando. Não se esforce para conversar.

Ester sorriu-me, balançou a cabeça afirmativamente e fiquei algum tempo segurando sua mão. Disse-me:

—Quero um pouco de água.

Dei-lhe a água que Ester sugou do canudo com algum esforço. Molhei seus lábios com um gaze e depois despedi-me de la prometendo voltar. Olhou-me de novo longamente, olhar muito triste.

Para mim ele exprimia uma dolorosa compreensão.

Análise da situação vivida:

Ester fala pouco. Seus olhos percorrem o ambiente ainda buscando algo, inquisidores alternando com olhar de compreensão e resignação.

As queixas diminuíram ou quase cessaram, bem como as solicitações. Os diálogos são curtos, como se não houvesse mais palavras. A postura é quase imóvel no leito. O entendimento da gravidade de sua situação ocorreu. A importância que dava ao tratamento não se observa mais e isto é sentido quando diz não saber quem cuida dela "São uns aí" diz Ester.

Chegou a funcionária do banco de sangue para instalar sangue em Ester. Ela reclamou e chorou, porque o médico lhe havia dito que não, que por favor acreditassem nela. A funcionária foi falar com a enfermeira, que por sua vez disse que falou com o médico e que esse sangue era da prescrição do dia anterior e que por isso precisava ser dado. A partir de hoje é que não iria ser dado mais.

Ester chorou, disse que não entendia mais nada e quando a funcionária lhe perguntou:

- Cansada de tomar sangue, Ester?

.. Estou cansada de tudo.

Instalaram o tal sangue em Ester e disseram que a seguir haveria plaquetas. Ester suspirou e disse:

Está bem.

Chegou um tio de Ester e quando perguntou como ela estava, disse:

Estou melhor.

O tio deu explicação que não pudera vir antes porque chegara visitas. Ester apenas ouviu a explicação.

Ofereci-lhe mamão e ela disse que talvez aceitasse um pouco. Perguntei-lhe se queria que seu tio lhe desse. Respondeu afirmativamente. Parti o mamão e dei ao homem para que desse à Ester. Despedi-me dela dizendo.

E- Você sabe que aos sábados eu não venho. Mas se precisar de mim pode me chamar que venho vê-la.

P- Está bem.

E- Até segunda.

P- Até, querida.

Dia 02/04/1985

Início: 14:45 hs.

Término: 15:30 hs.

Ester estava deitada, com o irmão e cunhada ao seu lado. Oxigênio por cateter nasal, respiração difícil, pulsação rápida.

Ao me aproximar Ester olhou-me e disse:

P- Oi, Magali. Você nem imagina a hemorragia que estou. Que coisa, meu Deus.

E- Está sangrando muito, Ester?

P- Muito.

Verifiquei e realmente Ester sangrava bastante pelo ânus. Nos seus lábios via-se também que havia sangramento de gengiva.

Sua pele estava bastante quente. Coloquei o termômetro que registrou 39,5°C de temperatura. Ester pediu água, depois não queria mais a água, pediu suco, não queria mais o suco. Queria sentar mas ao mesmo tempo não queria.

Sua ansiedade era enorme e a cada vez que sentia o sangue sair do interior do seu corpo dizia:

- Gente, o que é isso? Como é que vai ser? O que vai ser de mim?

Sentia-se muito desconfortável com o sangramento na cama. Perdia fezes no leito também e isso a incomodava. Queria fazer sua higiene corporal, mas ao mesmo tempo não queria.

Toquei-lhe a testa e perguntei:

E- O que preocupa você, Ester?

P- Queria trocar, limpar, mas ainda não é hora.

E- Quem lhe disse que tem hora para trocar Ester? Alguém lhe disse ou isso é coisa da sua cabecinha?

O irmão interferiu dizendo:

Ela tem medo que as moças da enfermaria fiquem bravas. Sabe como é, umas são boazinhas, outras não.

E- É isto, Ester?

P- Não.

E- Posso trocá-la agora. Vamos?

P- Não, agora não.

E- Porque Ester? Posso perfeitamente fazer isso chamando para me ajudar.

P- Não. Porque daí meu irmão vai embora e eu não quero.

E- Acredito que ele pode esperar a gente trocar vocês e depois conversam mais.

A cunhada disse:

- É. Ainda faltam 40 minutos para a gente ir embora.

E- Vamos trocar, Ester?

P- Não. Mais tarde.

Quis acomodar-se melhor no leito e eu e o irmão aju
damos. Ester sempre preocupada com o sangramento. Permaneci mais
algum tempo. Depois despedi-me de Ester, prometendo voltar no
dia seguinte.

Ao sair, falei com a atendente que assim que o ir-
mão de Ester fosse embora que por favor cuidasse da higiene de
Ester.

Análise da situação vivida:

Ester muito tensa, assustada com o sangramento, com
a febre alta.

Seu olhar percorre o quarto, ao redor. Agitada, afli-
tã, olha intensamente para as pessoas.

Seu tom de voz tornou a se intensificar e voltou a
expressar-se com alguns gestos de mãos.

Tenta reter os familiares que me parecem ansiosos. pa
ra se retirarem. Pede coisas a todo o momento e quando lhe da-
mos não quer mais (água, suco, mudanças de posição). Reclama pou
co de dor, só quando tosse. Sua luta diminui.

Dia 03/04/1985

Início: 14:20 hs.

Término: 16:00 hs.

Ester estava deitada no leito com a cabeceira eleva-
da e seu pai estava sentado ao seu lado.

E- Como está, Ester?

P- Melhor. Mas com muito sangramento. Está uma coisa. Queríatrocar. Meu ânus dói muito.

Observei e realmente Ester sangrava bastante. As suas mãos e olhos eram inquietos e sua respiração muito difícil. Tomava vários soros e haviam dissecado cirurgicamente sua veia. Reclamou que sofrera muito com o processo.

Disse que não comera nada, não tinha vontade, apenas tomara coca-cola que seu pai trouxera.

Ester fazia menos solicitações que no dia anterior, mas seus olhos muito abertos, percorriam intensamente o quarto e buscavam os olhos das outras pessoas com muita inquisição.

Entrou uma enfermeira que aplicou-lhe uma injeção para falta de ar e Ester ficou todo o tempo olhando a face da enfermeira, que olhou o tempo todo para o que estava fazendo.

Chegou um irmão de Ester; a paciente reagiu a sua chegada sem emoções aparentes. Não conversava também com o pai. Pediu-me que a abanasse.

O irmão aproximou-se e mostrou-lhe um livro religioso. Disse que Ester o ajudasse pois ele iria rezar para que ela sarasse. Enfatizou a importância da colaboração de Ester que balançou a cabeça afirmativamente. O irmão tocou-a na testa e eu ofereci-me para retirar-me para que a família ficasse a sós.

Antes que o irmão respondesse, Ester balançou a cabeça negativamente e murmurou:- Fique.

Permaneci no quarto abanando Ester e segurando sua

mão enquanto seu irmão procedia ao seu ritual silencioso. Ester fechou os olhos e parecia compenetrada na importância do momento. O "ritual" durou aproximadamente uns 15 minutos e Ester respirava com menos dificuldade, algumas vezes chegava a expiração mais demorada e seus olhos viravam nas órbitas. Um odor forte desprendia-se de seu corpo proveniente do sangue.

Por várias vezes pensei que o morrer estava se consumando. Havia serenidade na expressão de Ester.

Quando terminou, o irmão retirou sua mão da testa de Ester que imediatamente abriu os olhos e percorreu-os pelo quarto como "quem toma pé da situação novamente".

Pedi-me coca-cola e seu irmão sugeriu uva. Quando argumentei que a uva não faria bem a Ester, ela imediatamente disse:

- Então não quero. Dê-me apenas coca-cola. Quando fui dar a ela, Ester fez questão absoluta de segura o copo embora tivesse os braços e mãos enfaixados.

Sugou através do canudo alguns goles apenas.

Disse:

E- Voltarei para vê-la, Ester. Ao que tudo indica você passará a Páscoa com a gente no hospital.

Ester não respondeu.

Por vários e longos momentos Ester me olhava e fixava o olhar. Depois, sorria debilmente.

Voltou a ficar ansiosa com a hemorragia e perguntou-me:

- O que eu faço?

Sugeri a Ester que tentasse relaxar um pouco, que talvez se sentisse melhor e fiz-lhe uma massagem facial tentando induzir a um relaxamento.

Ester prontamente colaborou e fechou os olhos parecendo mais descontraída. Pressegui durante alguns minutos enquanto pai e irmão conversavam em voz baixa.

Quando Ester pendeu a cabeça para um lado interrompi a massagem e acenando para os familiares retirei-me do quarto.

Retornei após 15 minutos e Ester estava na mesma posição.

Dia 04/04/1985 - Recebi recado do hospital que Ester morreu às 10:00 horas.

Encontros com João Francisco

Dia 27/02/1985

Início: 14:35

Término: 14.45 hs.

Entrei na enfermaria já ciente que tratava-se de um paciente vivenciando um processo terminal. Ciente também que tratava-se de uma pessoa que fora funcionário do Restaurante da Faculdade de Medicina da USP durante 35 anos e que aposentara-se há algum tempo. Conhecia também o fato de que a sua esposa também tinha sido funcionária da Faculdade e que tinham um filho paraplégico em decorrência de um acidente automobilísti

co.

Apresentei-me ao sr. Francisco como sendo da Escola de Enfermagem. Encontrei-o rodeado de uma irmã, um filho e de uma barbeira que terminara de fazer-lhe a barba. Após a barbeira retirar-se, aproximei-me do leito e me apresentei toman do sua mão demoradamente entre as minhas.

Perguntei:

E- *Como está?*

Respondeu:

P- *Um pouco melhor.*

O tom de sua voz era bastante fraco, quase inaudível e requeria muito esforço para poder ouvi-lo. Os diálogos se guiam-se assim:

E- *O Sr. foi funcionário desta Faculdade?*

P- *Sim, durante 35 anos.*

E- *É bastante tempo. Toda uma vida de trabalho.*

P- *Sim.*

E- *Está aposentado?*

P- *Sim, há 4 anos.*

E- *Como é estar aposentado?*

P- *É bom.*

E- *Desde quando o sr. está aqui?*

P- *Desde 5^a feira.*

E- *Já havia sido internado outras vezes?*

P- Não. É a primeira vez.

E- Como se sente?

P- É difícil. Nunca fui internado antes. A gente estranha tudo.

E- Tem razão. É difícil mesmo.

O filho disse que a mãe era aposentada também e que fora a outro andar no momento visitar um conhecido.

E- Hoje é dia de visitas não é?

P- É.

E- É bom esse dia?

P- Sim, muito bom!

E- Além desse filho o Sr. tem outros?

P- Sim, mais dois.

E- Todos homens?

P- Sim.

E- O Sr. pegou a época dura da Faculdade, o começo, quando as coisas eram difíceis.

P- Nem diga. Era duro. Mas tinha disciplina.

Convidou-me para sentar. Recusei dizendo que ia deixá-lo com seus familiares e que voltaria depois para saber se poderia ajudar em alguma coisa.

E- Como está se alimentando?

P- Muito pouco.

E- Não tem vontade?

P- Não.

Análise da situação vivida:

Vestido com pijama pessoal, não próprio do hospital, muito limpo. Cabelos ralos. Olhos azuis, expressivos. Voz bastante baixa, rouca. Deitado no leito com a cabeceira da cama mais alta. Pareceu ser uma pessoa calma, de poucas palavras. Tem algo de resignação em si. Olhar triste apesar de uma face que não apresenta sinais de tensão.

Retornei à enfermaria às 15:00 horas. Encontrei o paciente só, fazendo aerosol (inalação). Aproximei-me e perguntei:

E- O pessoal já foi?

P- Já.

E- É bom ter a família por perto, não é?

P- Sim. Muito bom.

Falava muito baixo. Várias vezes tive que pedir-lhe para repetir.

E- Como tem dormido?

P- Mais ou menos.

E- Mais mais ou mais menos?

P- Mais ou menos.

E- E em sua casa?

P- Melhor.

E- *Algo o incomoda aqui?*

P- *Barulho. O colega (e apontou um leito) daquela cama tem um radinho.*

E- *É. Radio demais atrapalha.*

P- *Sim.*

E- *É possível o Sr. pedir a ele que abaixe o rádio.*

Fez gesto de que não faria isso.

Perguntei:

E- *Não gosta de encrencas?*

P- *Não. Pediu para desligar o aerosol.*

Após desligá-lo entrou uma sra. morena escura (sua esposa). Apresentei-me a ela, que muito falante contou de sua aposentadoria, do marido, do filho parapléxico, da nora. Disse:

F- *Pois é, agora que estamos os dois aposentados, podíamos passear, o João foi ficar assim.*

Perguntei:

E- *Há quanto tempo o Sr. está doente?*

F- *Há 2 anos, respondeu a esposa. Mas bem doente, faz 7 meses que ele sumiu assim.*

Observei que ao lado da esposa o paciente fica impaciente, solicitando várias coisas (que colocasse o travesseiro, que elevasse a cabeceira da cama, que abaixasse os pés da cama, que o abanasse (estava com falta de ar) que o ajudasse a sentar-se no leito.

O tom de voz continuava baixo mas era no imperativo, um tanto irritadiço. Queixou-se de dor no local onde tomou injeção. Fui buscar pomada e apliquei, fazendo-o de forma demorada.

Comentei que seu braço estava magro porque ele estava de mal com a comida e ele respondeu:

- Não sou eu. É meu estômago.

Ajudei-o a sentar no leito...

Despedi-me dele e disse:

E- O Sr. permite que eu volte amanhã para vê-lo?

P- Se puder eu gostaria que voltasse. Muito obrigado.

Dei-lhe a mão e nos fitamos. Despedi-me da esposa. Ambos agradeceram e prometi voltar.

Dia 28/02/1985

Não anotei a hora.

Esperei bastante tempo pois o paciente fora a um exame. Ao retornar, entrei na enfermaria.

E- Bom dia, Sr. João. Chegou agora?

P- Sim.

E- Como foi o exame?

P- Foi muito duro.

E- Judiaram muito do Sr.?

P- Nem diga. O exame é horrível, um remédio ruim, um aparelho

que machuca tudo a gente.

E- Eu posso avaliar como foi difícil. Como o Sr. havia passado a noite?

P- Muito mal.

E- O que sentiu?

P- Tontura. Cansaço.

E- Sua esposa vem hoje?

P- Vem às 14:00 horas.

Pediu água e solicitou ajuda para deitar. Pediu para elevar a cabeceira da cama. Ajeitei-lhe o travesseiro e observei a quantidade de cabelos que caíra.

E- Está caindo bastante o seu cabelo.

P- Sim.

E- O Sr. tinha muito cabelo?

P- Sim, muito.

E- Bem, hoje o Sr. não deixe que lhe façam mais exames. Diga não, se inventarem mais algum.

P- É isso mesmo. Foi muito duro. Foi horrível. É preciso muita paciência.

E- Paciência tem limite, não é?

P- É verdade.

E- Bem, agora vou deixá-lo descansar. Volto amanhã.

Deu-me um sorriso e agradeceu.

Tom de voz continua bem baixo. Sinto-o contido, musculatura facial contraída. Falou mais que na presença dos familiares ontem - gestos lentos e compassados.

Dia 01/03/1985

Início: 9:30 hs.

Término: não anotei.

Sr. João estava fazendo aerosol deitado no leito. Abatido, respiração difícil; tom de voz quase inaudível (baixo e rouco). Braço enfaixado devido a complicação da injeção.

E- Bom dia, Sr. João.

P- Bom dia.

E- Como está hoje?

P- Um pouco melhor.

E- Como foi a noite?

P- Foi bem.

E- Melhorou o barulho à noite?

P- Diminui bem.

E- Alimentou-se ontem após o exame?

P- Tomei sopa.

E- Sua esposa veio?

P- Veio.

E- Vem hoje?

P- Vem.

E- Hoje não te pegaram para nenhum exame?

P- Não. Que sofrimento ontem!

E- Imagino.

P- Paciência...

E- Realmente às vezes é preciso paciência. Só que ela tem limites, ou não?

Silêncio.

E- Tomou café hoje?

P- Tomei. Sabe, nunca fui homem de dormir muito.

E- Desde há tempo?

P- Sim.

E- Gosta de esquentar a cuca durante a noite?

Sorri e não respondeu. Às vezes murmura "Paciência".

Pediu para desligar o aerosol. Falou que não consegue expelir o catarro deitado. Orientei-o para a importância de não engolir o catarro. Pediu para apoiar o braço na tipóia e comentou:

P- Sai de um e entra noutra. (referindo-se a parar com o aerosol e apoiar o braço numa tipóia improvisada)

E- O Sr. ouviu a chuva esta noite?

P- Sim. Choveu muito. E olhando pela janela, disse:

- Vai chover mais.

Permaneci parada ao lado de seu leito por alguns instantes. Convidou-me a sentar. Agradei dizendo que ia a outro andar. Despedi-me dizendo que viria vê-lo na 2^a feira pois

no final de semana não costumava vir ao hospital. Agradeceu e despedimo-nos.

Análise da situação vivida:

Sinto-o ainda contido, falando pouco e com dificuldade. Polido, educado. Aparência muito limpa, às vezes ajeita parte do pijama onde não há nada a ajeitar. Ao lado de sua cama há outro paciente (a mais ou menos 1 metro) e isso (acredito) dificulta a entrevista, pois não oferece nenhuma privacidade.

Não pede nada quando pergunto se precisa de alguma coisa. Apenas nega e esboça um sorriso que considero triste. Seus olhos muito azuis conservam alguma vivacidade e percorrem o quarto, ao redor. As mãos movimentam-se nos lençóis do leito.

Às vezes me dá a impressão de ter sido essa toda sua existência: de contensão, de paciência e me pergunto se irá explodir alguma vez.

Na saída conversei com o docente da enfermaria para saber a respeito do exame que o Sr. João realizara na véspera e sobre seu "caso" em geral.

Respondeu-me:

M- Não estou bem a par. Ontem tivemos visita e eu não estou acompanhando bem o caso.

E- O que ele tem?

M- Neo de pulmão.

E- Porque ele está então na gastro?

M- Porque tem uma dificuldade de engolir.

E- Ele está em fase final?

M- É. Não é para já. Está caminhando para caquexia e daí ...

Ele já fez químio, rádio.

E- Vão tentar mais alguma coisa?

M- Não.

Ficou me olhando surpreso durante a conversa, às vezes com ares de quem se desculpa, outras vezes com ar curioso do porque do meu interesse.

Agradei e retirei-me.

Dia 04/03/1985

Início: 14:35 hs.

Término: 14:55 hs.

Cheguei à Enfermaria. Sr. João estava deitado de costas no leito, cabeceira da cama bem elevada. Trajes muito limpos. Braço enfaixado.

E- Boa tarde, Sr. João.

P- Boa tarde.

E- Como vai?

P- Um pouco melhor agora.

E- Como foi o fim de semana?

P- Foi duro, com muita dor.

E- Dor?

P- Sim. Tontura. Muito mal. Hoje depois do meio dia que melhorou.

E- Tomou alguma coisa?

P- Fiz uma lavagem às 11:00 horas. Aí senti uma limpeza. Esta
va mal por causa dos comprimidos que tomei para fazer aque
le exame.

E- O Sr. acha que foi aquele remédio que lhe fez mal?

P- Ah! foi. Foi muito duro, horrível. Agora estou limpo. Saiu
tudo nas fezes.

E- Almoçou hoje?

P- Não.

E- Continua de mal com a comida?

P- Sim. Hoje não deu por causa da lavagem.

E- Muita visita no fim de semana?

P- Muita (ar cansado).

E- Elas cansam o Sr.?

P-. E como! A gente com dor, sofrendo e ter que conversar. É mui
to duro.

E- Sua esposa vem hoje?

P- Vem depois das 16:00 horas.

E- E a dor no local da injeção?

P- Melhorou um pouco. Dói minha perna agora.

E- Qual?

P- A esquerda.

E- Está precisando de alguma coisa?

P- Não. Obrigado.

E- Posso ajudar em alguma coisa?

P- Obrigado. Tenha um bom dia (disse isso mesmo, apesar de ser quase 15:00 horas).

E- Volto amanhã para vê-lo.

P- Está bem.

Análise da situação vivida:

Acenou-me com a mão quando saí. Tom de voz continua bem baixo e rouco. Esboça sorriso às vezes. Fala pouco. Quando toma a iniciativa de falar, o faz para dizer frases como: É duro! Um sofrimento! Que dor!

No mais, responde às perguntas que lhe são feitas. Sua comunicação é essencialmente não verbal, principalmente pelos olhos e boca ao esboçar sorrisos.

Dia 05/03/1985

Início: 8:30 hs.

Término: 8:40 hs.

Ao chegar à enfermaria o paciente estava sendo examinado pela médica. Acenei para ele com a mão e ele acenou-me também. Enquanto esperava, observei-o. Sentado no leito com os pés para fora da cama. Respiração difícil. Olhar vago. Quase imóvel. Percebe-se apenas a respiração.

Quando terminou o exame, aproximei-me e disse:

E- Bom dia, Sr. João.

P- Bom dia.

E- Como está?

P- Não dormi nada.

E- O que houve?

P- Falta de ar.

E- E a tontura?

P- Também tive.

E- Alimentou-se?

P- Nada. Não tenho vontade. Ontem não almocei, não jantei. Tomei um pouco de sopa no jantar mas pus tudo fora depois. O estômagô não aceita.

E- Fez exame hoje?

P- Fiz. De sangue. Ainda me deram três comprimidos e a gente sem comer. É muito duro. Mas o que se vai fazer?

E- Sua esposa veio ontem?

P- Sim, ela vem todo dia.

E- O Sr. tem aguentado ir ao banheiro para o banho?

P- Sim, eles me dão banho no banheiro.

E- Está difícil, Sr. João. Não tem comido, nem dormido.

P- Está difícil.

E- Posso ajudar em alguma coisa?

P- Nada. Obrigado.

E- Se precisar diga.

Silêncio. Apenas ficou fitando-me mais fixamente.

E- Venho vê-lo amanhã.

P- Tenha um bom dia.

E- Obrigada. Até amanhã.

P- Até amanhã.

Acenei novamente com a mão e ele o fez também.

Dia 06/03/1985

Chegando na enfermaria encontrei o leito vazio. Saí para procurar a enfermeira e perguntei pelo paciente. Obtive a seguinte resposta:

- Foi embora hoje. De alta.

Hoje?

- Sim. Não havia mais nada a fazer. O câncer tomou todo o seu corpo. Metástases para todo lado.

E a família, quis levá-lo?

- Sim.

Ele ficou feliz de ir para casa?

- Não sei te responder. Você me pegou de surpresa com essa pergunta. O Sr. João, a gente nunca sabe o que ele está sentindo. Nunca consegui visualizar nada nele. Tão inexpressivo.

Seus olhos eram expressivos.

- Não tive condições de perceber. Aliás, vê o que você pode fazer por esses pacientes. Eu não aguento mais ver a luta de Ester, por exemplo. E a gente não tem tempo de dar a atenção que eles precisam. O volume de trabalho é grande, há muitos pacientes.

2. *Compreensão do paciente terminal*

O fundamento do meu trabalho é o discurso ontológico Heideggeriano. O ponto de partida é a inquietação do homem sobre si-mesmo que é inseparável da questão sobre o Ser.

Heidegger¹³ pretende levar-nos à vizinhança daquilo que está imediatamente diante de nós e que pelo fato de ser o mais próximo, caiu no esquecimento mas que, por outro lado, sustenta todo o pensamento.

Trata-se de seguir o caminho que desemboca sempre na questão sobre o Ser e dizer que o Ser é o conceito mais universal, mas isto não significa que ele seja o mais claro. É até o mais obscuro de todos os conceitos.

Não se tentará recorrer à consciência, mesmo transcendental para resolver o problema do fundamento. Recusa-se partir de intuições; mas iniciamos com compreensão da vida concreta, na sua facticidade no mundo, da vida que é, em última análise histórica e se compreende historicamente.

Desenrolar a questão sobre o Ser significa a explicação de um ente - aquele que questiona em seu ser. Esse ente, que é cada um de nós e que tem, entre outras, a possibilidade de Ser, a de questionar, Heidegger o designa pelo termo Ser-aí.

Portanto, somos Seres-aí e todo Ser-aí se compreende em termos de sua existência. A questão sobre a estrutura fundamental do Ser-aí tem por objetivo a análise daquilo que constitui a existência.

¹³ HEIDEGGER, M. - *El ser y el tiempo*. Tradução de José Gaos. 5a. ed., México, Fondo de Cultura Económica, 1974,

A morte é uma possibilidade do Ser-aí. O paciente terminal, por ser um Ser-aí, tem a morte como possibilidade de sua existência e, devido à facticidade do corpo, do mundo e da doença que adquiriu, essa possibilidade está mais próxima para o paciente terminal.

A compreensão existencial desse Ser-aí na sua facticidade de terminalidade requer que a existencialidade seja considerada de antemão. A analítica existencial preparatória do Ser-aí trata de des-velar a estrutura fundamental do Ser-aí como Ser-no-mundo, analisando as estruturas, os seus elementos constitutivos, a saber, o mundo em sua mundaneidade, o Ser-no-mundo como ser-com e ser-si-mesmo e o ser-em como tal.

O Ser-aí é manifestamente um ente mas é o Ser dessa entidade que é o objetivo mais importante. No Ser-aí impera um pertencer ao Ser e, portanto, toda pesquisa sobre o Ser da existência, em geral começa por uma análise profunda da existência do Ser-aí.

Se considerarmos o Ser-aí como ente, a compreensão do Ser des-vela a essência desse ente, portanto, a essência do Ser-aí é ao mesmo tempo sua existência. Tal relação entre essência e existência só se realiza graças a um novo tipo de ser que caracteriza o fato Ser-aí. É a esse tipo de ser que se reserve a palavra existência, destinando a palavra presença pura e simples ao ser dos demais entes.

É pelo fato da sua essência consistir na sua existência que Heidegger designa o homem pelo termo Ser-aí (Da-Sein).

O paciente terminal é um Ser-aí e sua essência consiste na sua existência. Esse paciente, por ser um Ser-aí deve ser compreendido em termos de sua existência, cuja questão

é uma das preocupações ônticas do Ser-aí. Trata-se, portanto, de des-velar a estrutura fundamental desse Ser-aí (paciente terminal) como ser-no-mundo, que é mais que espaço, que é consciente de sua realidade, que pode atribuir significado, assumir posição diante dela e lutar contra ela. Ele está inserido num mundo de contradições factuais que ele mesmo não criou, e a doença é a contradição mais aguda na fase de terminalidade.

O paciente por ser um Ser-aí é um ser-no-mundo e sua existência constitui-se por suas relações com o *ambiente* das coisas e com outras pessoas.

No que se refere ao ambiente das coisas, o paciente hospitalizado passa a relacionar-se com os equipamentos, instrumentos que são utilizados no seu cuidado (soros, tubos de oxigênio, transfusões de componentes do sangue, uma cama que não a sua); no que se refere a pessoas, ele passa a compartilhar sua existência com pessoas que trabalham no hospital nas mais diversas funções, com familiares que o visitam, e com outros pacientes internados.

Naturalmente que esses relacionamentos com coisas e pessoas, até então ignorados por ele, não diz respeito tão somente ao paciente terminal; é uma situação comum a pacientes internados. Diria, entretanto, que para o paciente terminal, apesar de haver uma perspectiva desse relacionamento com essas coisas e pessoas vir a romper-se, à medida que o tempo avança e seu estado piora e a morte se aproxima, essa perspectiva não se concretiza para ele.

Nos pacientes que acompanhei pude perceber que expressam com intensidade o desejo de voltar para suas pessoas, para sua casa, para suas atividades, para seu mundo de coisas

(sua cama, seu prato favorito, sua televisão, seus hábitos cotidianos, sua profissão) mas, com o agravamento da moléstia esse retorno começa a lhes parecer distante e a intensidade com que falam desse retorno ao seu mundo anterior à doença vai diminuindo gradativamente até cessar. Há mesmo alguns que acabam por não desejar a alta hospitalar por pressentir que é ilusória.

Se no início lutam muito contra a realidade da doença e por ter que compartilhar sua existência num mundo de pessoas e coisas até então desconhecidos, acabam no final incorporando esse mundo em sua existência de tal forma que passam a existir nesse mundo.

Vários são os fatores que concorrem para essa percepção: pedidos de vários exames intermináveis e inconclusivos conforme é relatado para esses pacientes, debilidade física crescente refletida em sua crescente dependência para cuidados higiênicos, alimentação e deambulação.

O Ser-aí é preocupado com seu mundo de coisas e pessoas em sua vida intelectual, em seu trabalho, seu lazer e em todos os aspectos de sua vida do dia-a-dia. A tudo isso, Heidegger chama *Preocupação que pertence à natureza mais íntima da existência humana*.

O paciente terminal sendo um Ser-aí tem a preocupação voltada, entre outros aspectos, ao de sua doença com suas conotações de mal estar, tristeza e nesse sentido, a Preocupação é concebida como estado de queda em sua existência temporal.

O tempo é a dimensão da realidade do Ser-aí e para o paciente terminal ele assume, de início, uma grande impor

tância. Assim, ele fixa datas para sua alta, sua cura e tem bem presente para ele há quantos dias está hospitalizado, quantos dias faltam para um determinado acontecimento, quer saber freqüentemente que horas são.

À medida que sua finitude fica mais próxima, percebo que o tempo deixa de importar-lhe. Não conta mais os dias pós-internação, não conta mais os dias do último exame a que se submeteu e não pergunta mais *que horas são*.

Ele tem a compreensão de estar perante algo - no caso sua doença - e, nesse sentido, é cheio de possibilidades de fazer projetos que constituem a captação ontológica existencial do âmbito do poder-ser.

Para o paciente terminal, esse projeto de poder-ser assume a idéia de "poder-ser um Ser-aí não doente".

Essa compreensão do Ser-aí é dilatada na discursividade que abrange o falar e o ouvir.

Para o paciente terminal o projeto de poder-ser um Ser-aí não doente é expresso claramente em seu discurso quando menciona vários indicadores, objetivos para ele, de que está melhorando e que caminha para cura.

O próprio discurso do pessoal que atua profissionalmente no hospital estimula essa possibilidade quando diz: *Você está melhorando, esse remédio faz efeito lentamente; Seus exames estão melhorando; Tudo vai conforme planejamos, seu organismo está respondendo bem ao tratamento; Doença é assim mesmo, vem depressa e vai devagar.*

O discurso do paciente terminal acompanha o discurso da equipe no sentido que se sente fortalecido, estimulado, reforçado por esse discurso de poder-ser um indivíduo sa-

dio novamente. Ele não só é fortalecido como parece necessitar e desejar ouvir isso. Entretanto, à medida que o tempo passa, essa convergência de discursos tende a desaparecer, passando a assumir características de discursos paralelos que, posteriormente, caminham para a divergência.

Como resultado temos na fase final, um paciente com discurso bastante reduzido, quase inexistente, que expressa sua compreensão por um discurso de silêncio e gestural. O discurso que antes o animava e do qual ele necessitava deixa de ter sentido para ele e não lhe é mais necessário. Ele parece imergir-se em sua compreensão e quer permanecer nela.

É freqüente também que quando o paciente terminal entra nessa fase de compreensão e seu projeto de poder-ser passa a assumir a dimensão real que é *poder-ser-um-Ser-aí cuja fi*nitude é *próxima*, os discursos da equipe hospitalar e de familiares passam a ser mais eloqüentes, mais convincentes, de modo a trazer o paciente a uma fase de grande esperança e, portanto, ele passa novamente a fazer projetos no sentido de *po*-*der-ser um Ser-aí sem a doença.*

Muito tempo e energia podem ser dispendidos nessa situação de negação e esperança, de *vai e volta* do paciente em direção à compreensão real de sua situação. De um lado, isso pode ser benéfico pois possibilita a ambos, paciente e equipe ou paciente e família, a aceitação gradual e intermitente de uma realidade mas, por outro lado, traz como saldo final a solidão do paciente terminal.

Nessa fase ele não mais pergunta pela presença do médico, por seu tratamento, pelos exames. Parece compreender que as coisas seguirão seu caminho próprio independente desses

fatores. É quando compreende sua situação de terminalidade, que sua existência está caminhando para o fim.

Nesse momento, não há discursos que o retomem à esperança. São discursos vazios para o paciente e isso é perceptível em sua expressão facial onde se chega a perceber expressão, que eu diria de desdém, quando desses discursos.

Outras vezes seu olhar parece querer dizer que entende a finalidade do discurso de esperança mas que ele não é mais necessário. É como se dissesse *Valeu a intenção*, mas o discurso não obtém o efeito desejado de animar o paciente.

Observei também que nesse momento o que não é expresso no discurso verbal, o é no discurso do silêncio. São longos momentos de silêncio e é quando ele procura intensamente o olhar de quem está a seu lado. As perguntas e respostas são emitidas silenciosamente nessa linguagem.

Cessam também as solicitações para que a família esteja ao seu lado. Em geral, ele solicita uma pessoa da família e, mesmo com essa pessoa, a comunicação é essencialmente não verbal. Não faz mais perguntas sobre os outros membros da família, sobre seus amigos. O seu antigo mundo não é mais seu - ele não existe mais naquele mundo; sua existência agora é no mundo do hospital, compartilhada com as pessoas desse mundo e vê a possibilidade da morte em sua existência.

Portanto, de um discurso verbal intenso que se inicia no momento da internação e persiste durante muito tempo, o paciente terminal chega a uma ausência desse discurso verbal mesmo antes de entrar eventualmente num estado comatoso.

Há ainda o problema do *eu*, não a partir de considerações sobre um eu abstraído do mundo externo e da comunidade,

mas sim a partir da experiência cotidiana. Sob esse nível anônimo, o Ser-aí vive normalmente em termos do Impessoal, perdendo-se nas reações da massa, o que caracteriza uma existência inautêntica.

A equipe hospitalar, tanto médica como de enfermagem é sempre impessoal e suas decisões são anônimas. O próprio termo EQUIPE sugere e fortalece esse anonímato. O tratamento impessoal não é exclusividade do paciente terminal, ele é comum a pacientes de um hospital universitário onde a hierarquização não personifica a atuação. Há hierarquia do saber e as decisões tomadas em nome desse saber assumem o caráter de decisiões de equipe.

Entretanto, no caso do paciente terminal essa impessoalidade se faz sentir com mais intensidade. A designação SWAT negativo é feita pela equipe após discussão do *caso* em visita médica da qual podem participar desde alunos do quinto e sexto anos do Curso de Medicina, ao R1, R2, R3 (denominação dada aos médicos que fazem o primeiro, segundo e terceiro anos de Residência Médica), e aos docentes médicos daquela especialidade, também em seus diferentes momentos dentro da carreira universitária (auxiliar de ensino, professor-assistente, professor-doutor, professor livre-docente, professor-adjunto e professor-titular).

A decisão é tomada pela equipe e, portanto, é anônima. As alterações das prescrições, a tomada de novas condutas, a opção por outras tentativas de tratamento, as solicitações de exames, de consultas a outros especialistas são todas decisões anônimas, impessoais.

Quando o paciente terminal faz uma solicitação a um

membro da equipe, freqüentemente obtém como resposta: *Nós não podemos fazer tal coisa ou Não posso responder antes de discutir com a equipe.*

Quando se pergunta a um paciente terminal *Quem é seu médico?* freqüentemente se obtém como resposta: *São vários - tem um clarinho, um mais moreninho e um japonês. São eles que cuidam de mim. Todos três ou então, são médicos de várias especialidades e o paciente diz: Bem, tenho vários: tem o que me operou, tem o que vê a minha perna e tem o que vê o problema da dor que eu tenho na coluna.*

São todos eles mas a rigor não é ninguém¹⁴. No início, o paciente não se apercebe disso e sente-se até importante por se ver cercado de tantos médicos. Isso o anima, o conforta e principalmente o enche de esperança. É comum ouvi-lo dizer: *Precisava ver quantos médicos havia hoje ao redor da minha cama; mais de dez. Desse jeito, vou sarar de qualquer maneira.* A família também partilha desse sentimento com o paciente e se sente tranqüila porque seu familiar está sendo muito bem atendido. É o *todos* que significa ninguém em particular. É o *a gente*, o *ninguém* e esse ninguém encobre e acomoda a todos que dele participam. O *a gente* é a maneira fundamental de viver dissolvido e diluído na massificação, absorvido no coletivismo. Cada Ser-aí da equipe, como *a gente mesmo* dispersa-se no *a gente* e o paciente fica perdido na multiplicidade de de tantos.

¹⁴ HEIDEGGER, M. - *Todos nós... ninguém*. Tradução de Dulce Mara Critelli. São Paulo, Ed. Moraes, 1981.

Com o passar do tempo, muito lentamente o paciente terminal começa a sentir que tantos podem significar ninguém e, particularmente em doentes terminais, os "tantos" se retiram, restando o ninguém. É o paciente que fica no *Todos nós ... ninguém*, perdido no nada.

A prescrição médica na fase final é geralmente feita pelo R₁ que por atuar em sistema de rodízio, pode não ter acompanhado o paciente desde o início, portanto, não teve nenhuma oportunidade de envolvimento com esse paciente; é a ele que vai caber as últimas prescrições dirigidas a um paciente do qual conhece apenas a patologia e o tratamento.

No que se refere à equipe de enfermagem também há uma hierarquização - há o atendente, o auxiliar de enfermagem, o técnico de enfermagem e o enfermeiro. As decisões também são de equipe, mas na realidade não são decisões - são cumprimentos das prescrições médicas. Nesse sentido, o anonimato da enfermagem se apoia no anonimato do médico.

Como já foi mencionado, a prescrição médica na fase terminal é extensa e uma considerável parte de seu conteúdo refere-se a cuidados de enfermagem relacionados à higiene, alimentação, eliminação. Esses cuidados são de responsabilidade do atendente dentro do estabelecido na hierarquia das funções.

Esse fato tem se revelado de forma bastante clara: é o atendente de enfermagem que está mais próximo do paciente terminal, no que diz respeito à proximidade física, de estar ali prestando os cuidados físicos mais demorados, que requerem mais tempo.

O auxiliar de enfermagem, o segundo na hierarquia é responsável por cuidados de enfermagem também frequentes na prescrição médica do paciente terminal, que são os referentes à instalação e troca de soros, colheita de sangue para exames e medicação para dor. Entretanto, o tempo requerido para essas técnicas é menor em termos de tempo cronológico e, portanto, sua permanência ao lado do paciente também é menor. O mesmo ocorre com o técnico de enfermagem cujas funções se fundem com as do auxiliar de enfermagem na prática.

No que se refere ao enfermeiro, ele assume os cuidados técnicos do auxiliar ou do técnico de enfermagem nos plantões com sobrecarga de mais trabalho, com menor número de pessoas. Portanto, sua atuação técnica assemelha-se a essas duas categorias de pessoal.

Quanto à humanização de sua assistência há alguma iniciativa no sentido de liberar as visitas, após ouvir do médico a declaração de estado grave e, eventualmente, liberar que a família traga frutas ou outro tipo de alimentação para os pacientes que têm alguma possibilidade econômica de fazê-lo.

O enfermeiro parece estar mais ciente dos sentimentos do paciente, chega a verbalizar o quanto imagina que ele esteja sofrendo, mas compartilha também do caráter funcionalista dos Serviços de Enfermagem quando coloca sua impossibilidade de atender às solicitações do paciente terminal. Nesse sentido há o discurso humanista dito impossível de ser efetivado por falta de pessoal.

Você nem imagina como a gente sente o problema do sr. X ou da sra. X. Todo aquele sofrimento, A gente

tem feito o que pode, mas não dá. São muitos pacientes e poucos funcionários. Se a gente for ficar com ele toda vez que chama, como ficam os outros? São vários pacientes acamados, muita medicação para dar, muita papelada para cuidar, muitas provas de laboratório, reuniões...

O paciente terminal não recebe qualquer prioridade do Serviço de Enfermagem no momento de elaboração da escala diária de trabalho. Ele eventualmente terá prioridade se tiver muita aparelhagem ao seu redor (tubos, drenos, sangue, soro). A prioridade é em função da complexidade de seu tratamento e não em função dele como pessoa, de ser um Ser-á na sua facticidade.

Minha presença na enfermaria não tem o caráter de julgamento e não tem vínculo empregatício com o hospital; conseqüentemente, não tenho autoridade legal sobre o pessoal do Serviço de Enfermagem. Com freqüência ocorre que elementos desse serviço se chegam à mim, explicando o que fazem com esses pacientes, perguntando se eu acho certo, se devem continuar agindo dessa ou daquela maneira.

É comum também nesses diálogos, as pessoas colocarem as dificuldades de falta de pessoal, do volume do trabalho diário, da baixa remuneração, com vistas no final, a justificar eventuais *falhas*.

Tais situações ocorrem, geralmente, quando das anotações do encontro que tivera com o paciente. Como fazia isso no refeitório do andar, o momento era oportuno para que as pessoas se acercassem para fazer colocações que soavam como justificativas.

Outras vezes ocorria de alguém do Serviço de Enfermagem se aproximar e gentilmente me informava que todos os recursos tinham se esgotado, que o pessoal da Cirúrgica, da Clínica, da Radiologia já vira o paciente e que nada mais havia a fazer. Essas informações continham, para mim, uma mensagem: *a de me avisar que as queixas do paciente tinham uma razão - sua patologia e sempre eram explicadas pela patologia.* Assim, a dor no ânus de **Ester** - fissuras provocadas pela doença, muito "comum" nesses casos; a dor no peito do **Antonio Carlos** - as metástases que tomavam seu pulmão, muito "comum". e a qualquer momento, uma grande artéria se romperia e seria o fim. Era uma questão de um dia ou dois. Entretanto, Antonio Carlos viveu quase 30 dias e nenhuma artéria se rompeu. A dor de Marlene - metástases por todo o abdômem, comum nos casos de câncer de intestino. A dificuldade de falar do sr. **João Francisco** - facilmente entendida pela compressão da traquéia pelo tumor, assim como sua dificuldade para respirar.

Há de se ressaltar essa necessidade do pessoal da equipe de saúde achar logo uma causa fisiológica ou fisiopatológica que explique toda a sintomatologia apresentada pelo paciente. Essa argumentação deve conter uma racionalização que leve a equipe a explicar a origem da dor e dos outros sintomas que o paciente apresente.

Há necessidade dessa explicação pois ela tem o poder de fazer com que a equipe de enfermagem entenda o mecanismo da dor e, portanto, não solicite do médico uma solução que ele não tem. A mensagem é clara, obtém o efeito desejado e a enfermagem passa a compactuar com os médicos de mecanismos que levem o paciente a entender que algum tempo vai decorrer até

a dor passar, que ele não deve fazer cobranças.

O Ser-aí paciente terminal, quando antevê ou presente a morte próxima, ou mesmo quando seu diagnóstico lhe é revelado, vê nessa morte iminente a negação de todas as possibilidades ulteriores e presentes também.

Como a existência é temporal, o Ser-aí situa-se entre dois nadas factuais atuais: a não existência, o antes de nascer e o final da existência na morte, que é a negação de todas as possibilidades ulteriores no futuro e, por antecipação, a desvalorização de todas as possibilidades, inclusive as realizadas no presente.

Nos pacientes observados, à medida que o tempo avança e a morte se lhes apresentava como mais próxima, e vários são os indicadores dessa proximidade — a não resposta do organismo a um tratamento, os sangramentos, a debilidade física, a dificuldade para respirar, a necessidade de oxigênio artificial, as dores intensas, a dependência progressiva para cuidados higiênicos e alimentação — a negação de possibilidades ulteriores se fazia sentir.

Marlene - *Não queria a visita dos filhos.*

Antonio Carlos - *Os jornais inicialmente exigidos passam a ficar intocáveis sobre seu leito; a televisão sempre ligada passa a ficar desligada.*

Ester - *O voltar à loja desapareceu de seu discurso.*

João Francisco - *Nem chegou a colocar possibilidades.*

Em relação às possibilidades presentes, acompanham intensamente as condutas médicas, as alterações de prescrição que os levam à cura. Após algum tempo, param de perguntar so bre seu tratamento, não acompanham mais essas condutas com a ansiedade inicial como se não as esperassem enquanto possibilidades presentes de mudar sua situação.

A verdade fundamental do Ser-aí é que vai morrer. Veio do nada e dentro em breve, voltará ao nada. A morte, po rém, é das possibilidades de ser a mais pessoal, a mais ímpar, e a mais intransferível do Ser-aí, pois, o próprio Ser do Ser-aí é ser-para-a-morte.

A morte enquanto fim da existência no sentido autêntico de fim sempre está presente na vida humana. Mas a morte, uma vez entendida como possibilidade, leva o Ser-aí a tomar o primeiro passo em direção a uma existência autêntica.

Essa autenticidade significa tornar-se si-mesmo, tornar-se verdadeiro, através da Resolução com que o Ser-aí se defronta com a morte, que é libertadora, pois liberta o Ser-aí da servidão às preocupações mesquinhas que ameaçam sub mergir a própria existência.

Quando o pessoal da área de saúde, no esforço de ani mar o paciente terminal, tenta convencê-lo de sua melhora usando termos médicos mais amenos como anemia no lugar de leucemia, possibilidades de cura ou de melhora sensível, diz: *é assim mesmo, os resultados são lentos, vai indo tudo bem, os exames estão se normalizando*, o paciente terminal passa a não ver a morte como possibilidade e, portanto, é afastado, distanciado de uma autenticidade diante da morte, é privado da liberação

humana autêntica.

O Ser do Ser-aí é temporal, isto é, situa-se na sua temporalidade. O futuro se revela como aquilo para o qual a existência é projetada; o passado é aquilo que a existência transcende. Futuro, passado e presente são dados juntos e definem uma existência temporal.

Se o Ser-aí não assumir a existência para projetar-se em plena antecipação da morte, a vida parecerá necessariamente como uma série de momentos que se sucedem passivamente. Só ao nível de uma existência autêntica pode-se tomar consciência dos diversos aspectos do tempo - passado, presente e futuro - como características ou momentos da temporalidade.

O modo existencial inautêntico, impessoal, seduz, tranqüiliza de certa forma, mas aliena o Ser-aí da existência na sua temporalidade e na sua historialidade.

O comportamento da equipe hospitalar contribui efetivamente para a alienação do Ser-aí na forma de uma *não verda*de factual, pois o Impessoal impede o pensar na própria morte.

O paciente terminal não consegue mais distinguir entre o que sabe e o que ignora, pois não assume a existência e, sim a deixa controlar pelo impessoal. Para retirar-se desse impessoal é exigido do paciente uma opção em favor da possibilidade de um projeto por parte do mais autêntico *eu*, que é ouvir a voz de sua consciência que lhe diz o que fazer. Não ouvindo, ou não podendo ouvir, perde a sua autenticidade.

Se através da resolução conseguir a autenticidade, então o paciente terminal pode libertar-se do impessoal, pois é a resolução que fundamenta a diferença do Ser-aí autêntico

e não autêntico. Através da resolução o paciente terminal pode ter seu Ser aberto a todas as possibilidades autênticas e características da existência; abre-se, portanto, a possibilidade de ser-para-a-morte.

O Ser-aí paciente terminal vive no modo Impessoal, pois, para tal, concorre todo o tratamento Impessoal que recebe da equipe hospitalar. Portanto, o paciente tem uma existência inautêntica não conseguindo distinguir entre o que sabe e o que ignora; não assume a sua existência porque não lhe são dadas condições para tal: perde-se no controle do Impessoal.

Mesmo para aqueles pacientes aos quais o médico revelou o diagnóstico há os que preferem ignorá-lo. Ainda que tenha ocorrido a revelação, o tratamento Impessoal que o paciente recebe não o encoraja a assumir uma existência autêntica, encarando a morte como possibilidade maior.

O Impessoal não permite que o paciente pense na própria morte e o Ser-aí é lançado no seu abandono, angustiando-se.

A impessoalidade, a inautenticidade que norteou o tratamento de Antonio Carlos se verifica no fato de ter-lhe sido dito que sua doença era causada por fungos. Ele sentia a indefinição de seu diagnóstico e queria uma resposta dos médicos; entretanto, tinha grandes dificuldades até para localizar o médico para vir conversar com ele. Quando conseguia falar com um médico mais graduado dentro da hierarquia do hospital, era para ouvir que ele estava melhorando, que a regressão do edema de suas pernas era visível.

Para Ester também essa impessoalidade se fez sentir, quando elementos da equipe médica lhe diziam que ela estava ótima, apenas as plaquetas estavam um pouco bai

as, que tudo era por causa da anemia. Quando queixava-se de dor lhe diziam: é por causa da pneumonia, você está sarando, não tem mais anemia, agora é só sarar da pneumonia. O especialista que a examinou disse-lhe ser apenas fissuras o que havia em seu ânus.

O paciente fica perdido no "palavrório", na opinião de "todo-o-mundo" e na linguagem científica que, buscando dominar o Ser, o dissipa.

Diante desse "palavrório" o paciente terminal angustia-se caracterizando o estado de queda do seu Ser. Para retirar-se desse estado de queda seria necessário que o paciente tomasse a resolução de retirar-se desse Impessoal, resgatando, assim, sua autenticidade.

Nesse momento, o paciente entra num silêncio.

Esse é o momento em que o paciente não se apoia mais no discurso da equipe, é o momento em que assume sua trajetória, momento esse tão prejudicado pelas ações da equipe, que persistem tentando negar a morte como possibilidade. Os encontros com pacientes terminais revelaram esse momento.

No discurso de Marlene esse momento se revelava quando dizia estou cansada, ainda é cedo para dizer se a cirurgia trouxe melhoras,

ou quando dizia nada querer, que não precisava de nada. Passou a existir em seu silêncio¹⁵.

¹⁵ BEAINI, T.C. - *Ser, homem e linguagem: vínculos fundamentais*. IN: — À escuta do silêncio. São Paulo, Cortez, 1981, pág. 53-75.

Para Antonio Carlos também houve esse momento e seu discurso era igualmente revelador:

As coisas não vão bem. Não estou querendo nem conversa, não estou tolerando conversa; quero que cortem a conversa, chega de rodeios, é preciso chegar ao ponto central; estou cansado agora; muita conversa cansa, o silêncio é importante; essa ladainha é velha.

No discurso de Ester também esse momento de silêncio é detectado quando dizia:

Estou cansada de tudo; tudo o que eles falam é que é anemia, anemia daqui, anemia dali.

Se fossem dadas ao paciente terminal as condições favoráveis para a Resolução, ele poderia aceitar corajosamente seu destino e isso caracterizaria a existência autêntica; isto só seria possível se o paciente terminal pudesse fazer um ato de reflexão sobre si mesmo, sobre suas autênticas possibilidades e isso constitui a lealdade do Ser-aí a si próprio.

No caso de Antonio Carlos, nos relatos dos encontros anotei várias vezes *sinto-o humilhado*. Esse humilhado hoje está clarificado para mim como sendo um sentimento do paciente em saber que não estava sendo leal a si mesmo aceitando o jogo da mentira. Em um de nossos encontros, chegou a hipotetizar uma situação onde um paciente estivesse para morrer e ao qual essa informação fosse negada; disse, então, que a avaliação do "gabarito" do paciente seria um indicador para se poder dizer a ele a verdade sobre suas possibilidades.

Mesmo conseguindo projetar suas possibilidades de

tal maneira que se torne um Ser autêntico, essa compreensão re nova-se continuamente, pois é sempre possível retroceder; para tal, o Ser-aí é livre para optar. Esse retroceder ocorreu nos pacientes terminais desse estudo, quando alternativamente caminhavam da queda para a resolução, ao vai e volta, entre acreditar, depender do discurso inautêntico da equipe hospitalar e libertar-se desse discurso, assumindo no silêncio sua trajetória, sua possibilidade de ser-para-a-morte.

Se o silêncio expressa um discurso é na linguagem como novo centro de relação Ser-Homem que o Ser se abre, se exterioriza, se exprime. O que fala não é o homem, é o Ser, e nesse sentido vale dizer que a linguagem não é mais o instrumento que o homem utiliza para se exprimir e, sim, a própria revelação do Ser.

Essa voz do Ser, essa palavra falada, essa lingua gem ontológica não é mais portadora de significados humanos. Ela é uma revelação do Ser no silêncio de todas as palavras hu manas.

O paciente terminal tem a sua linguagem ontolôgi ca que possibilita a revelação do seu Ser. Seu discurso não é mais o instrumento que utiliza para se exprimir; é a própria revelação do seu Ser.

A revelação do ser de Marlene como sendo ser-para-a-morte fez-se sentir em nossos encontros. Ao falarmos sobre as perspectivas de sua cirurgia, Marlene disse:

Será uma cirurgia para ver se retiram a dor; mas não é certeza que dará certo. Vou arriscar. É preciso arriscar.

Após a cirurgia, quando perguntei-lhe se sentira alguma melhora respondeu:

Ainda é cedo para dizer.

À pergunta sobre se alguma coisa a preocupava respondeu:

Não, nenhuma preocupação.

Também com com Antonio Carlos essa revelação começa a se fazer sentir quando diz:

Preciso de uma definição desse fungo ou seja lá o que for; Nunca gostei de prolongamentos.

À pergunta: Como vai? responde:

Bem, aguardando; Estou fuzilado; Não fui para casa Nem podia.

Em um diálogo com a esposa, disse-lhe:

Você está pretendendo me enrolar, eu sei até que dia.

Quando a esposa lhe diz que é melhor ficar no hospital pois é o local onde existe mais recurso, Antonio Carlos responde-lhe:

Não seja boba. Recurso para que?

Os encontros com Ester possibilitaram a mesma revelação do seu ser como sendo-para-a-morte. Ester dizia:

Vou ter que pensar muito para ver se quero fazer quimioterapia novamente; tenho direito como ser humano de não querer; Vamos ver o que Deus reserva para mim, se é cura ou não; Se for meu destino não sarar e morrer é por que Deus quis assim; Estou tão mal.

Por mais fiel que fossem os relatos dos meus encontros com pacientes terminais, sempre senti que as palavras ditas por mim e por eles durante esses encontros, não conseguiam transmitir a um leitor tudo o que realmente havia ocorrido. Eram, na realidade, algo mais do que palavras, mais que diálogos. Eram parte do Ser que se revelava, se mostrava e essa captação é impossível de ser transcrita.

De uma forma limitada tentei transmitir essa captação quando redigia o que foi denominado de *Análise da situação vivida*. Assentia que as palavras se superavam a si mesmas, que elas revelavam uma parte do Ser do Ser-aí paciente terminal.

As palavras em si às vezes pouco importavam; era o modo como eram ditas; a expressão corporal que acompanhava o seu dizer e alguma expressão maior que a corpórea a qual eu não sabia definir e que agora se me apresenta como expressão re-veladora do Ser do Ser-aí.

As palavras não eram na realidade palavras; elas estouravam manifestando a presença do Ser e como diz Heidegger, elas são depositárias de uma mensagem ontológica e se expressam no silêncio.

As palavras ditas nesses encontros tinham uma riqueza profunda de conteúdo humano muitas vezes impossível de ser transmitida para um leitor que não os vivenciou e sentiu. Algo explodia interiormente, a revelação do Ser se fazia sentir nesses encontros me proporcionando a sensação de ter o pensamento imerso no Ser, na sua verdade. Era a possibilidade que me era dada, de me demorar na verdade do Ser.

Talvez seja daí a relutância que sentia em regis-

trar a hora, em ir para esses encontros dispondo de um tempo pré-determinado. Quando isso ocorria, optava por não ir, pois, para mim esses encontros eram como um mergulho no Ser para o qual eu não poderia ir com hora marcada.

Houve também relutância minha em anotar sobrenome do paciente e número de seu registro no hospital. Isso acarretou-me problemas de ordem prática para localizar o prontuário do paciente após sua morte. Mesmo após ter vivenciado essas dificuldades, continuei não anotando o número dos registros e os sobrenomes dos pacientes com os quais convivi posteriormente.

Para mim, eles sempre se apresentavam como *Marlene*, *Ester*, *Antonio Carlos*, *João Francisco*, e mesmo se houvesse dois pacientes com o mesmo nome seria impossível confundir esses encontros, pois, eles revelaram essencialmente parte do Ser do Ser-aí de cada um, de forma inconfundível.

Alguns pacientes já morreram há mais de um ano e os encontros que tivemos estão muito vivos em minha memória. Portanto, creio que as palavras que foram trocadas foram efetivamente mais que palavras; elas certamente revelaram parte do Ser de cada um dos pacientes. Dessa forma, os pacientes continuaram a existir na sua morte.

O ser consiste no aparecer, no oferecer aspectos e encontra-se essencialmente e, portanto necessário e constantemente, na possibilidade de apresentar um aspecto que justamente encobre e oculta o que o ente é na verdade, isto é, a dimensão do *re-velado* e *des-coberto*.

Ser enquanto primeiro, originário é um deixar-se que fundamenta; assim se manifesta o existente. Ser é essencial-

mente fundamento e, portanto, não tem fundamento, pois, é o fundamento.

O Ser é sem o por quê. É porque é. O que é, sem por quê, é jogo e este jogo é sério.

O Ser se apoia nesse jogo e não em nenhum outro fundamento. O Ser é o jogo mais sublime e é preciso penetrar no mistério desse jogo que não pode se esclarecer a não ser a partir de si-próprio.

O Ser remete ao jogo e no jogo do mundo estamos todos nós os homens, como mortais e, precisamente, como mortais. A morte continua sendo a possibilidade extrema da existência e, como tal, a suprema potencialidade, capaz da suprema tarefa na vida: iluminar-nos sobre o Ser e sua verdade.

Nesse sentido, o homem só pode ser homem quando pu ser em jogo sua essência mortal dentro do jogo do mundo.

A compreensão da entidade e do seu modo de ser dá-se à luz do ente como força e poder, em direção à uma superação. Força e poder significa querer sua própria potência ou querer seu próprio querer, o que equivale querer seu próprio ser. É a vontade de auto-afirmação no sentido de incrementar, enaltecer e fortalecer aquilo que a pessoa é essencialmente.

Para o paciente terminal, a força e poder, seu ímpeto auto-criativo, sofrem um cerceamento pelas atitudes impositivas e imperativas da equipe que o trata. Seu querer não é mais próprio, é o querer da equipe, suas decisões não são suas, são da equipe, em nome dessa equipe. Há um fundamento que explica ou justifica essas decisões. O paciente ao dar entrada no hospital já se entrega nas mãos da equipe mesmo que não o deseje fazer.

As condutas agressivas, a falta de responsividade, o fechamento em si mesmo é uma decorrência de seu não-poder - mais-ser diante do poder da equipe.

O paciente não é compreendido no sentido de ser um terminal porque é, sem por quê. As decisões tomadas para ele pela equipe são decisões fundamentadas em processos lógicos do pensamento que se refletem numa fisiopatologia de sua doença e, conseqüentemente, na conduta indicada para o tratamento; a cada não-resposta do organismo ao tratamento adotado, há sempre uma explicação, um por quê. A força e poder da equipe regem todo o tratamento desse paciente.

No que se refere à equipe médica, ela quer assumir condutas, fazer modificações, solicitar novos exames, dar alta hospitalar e sua vontade é o que importa. Afinal, todas essas decisões têm fundamento.

No que diz respeito à equipe de enfermagem, o mesmo ocorre e todas as rotinas da clínica são estabelecidas visando um trabalho mais efetivo tecnicamente, realizado num tempo menor, requerendo menos energia de quem trabalha. Os horários de banho, de curativos, da medicação dos pacientes são pré-determinados de acordo com a vontade, o julgamento e possibilidade da equipe no que se refere à funcionalidade do trabalho.

O paciente que *rebelmente* insiste em preservar sua força e poder recebe logo a denominação de *difícil, agressivo, rebelde*. A equipe passa a distanciar-se dele uma vez que fugiu às suas expectativas sugeridas pelo próprio termo *paciente*.

Alguns pacientes terminais conseguem, numa fase mais

final, mais próxima da morte, recuperar seu querer e o discurso do silêncio parece ser a forma encontrada; o paciente torna-se alienado do discurso da equipe e, portanto, do querer dessa equipe que pode até continuar tomando decisões sem, ent tanto, atingir o paciente em sua essência.

Assenti que Marlene recuperou seu querer quando entrou na fase do silêncio, quando se mostrava alheia às decisões da equipe. Tinha longos períodos de cochilo, a linguagem era essencialmente não verbal. Não pergun tava mais pelo tratamento, pelo seu médico ou mesmo por seus familiares. Seus olhos, inquisidores percorriam o quarto, sempre demorando-se no olhar de quem estava ao seu lado. Nenhuma pergunta, nenhuma solicitação, nenhu ma expectativa foi manifestada pela paciente. Os movimentos de seu corpo praticamente concentravam-se em suas mãos que agarravam-se às das pessoas ao seu lado e, numa fase última, em tentativas para articular palavras.

*O paciente Antonio Carlos também recupera seu querer através do silêncio; nesse período, fechava constantemente os olhos como indicativo de **não querer conver** sa. Os diálogos diminuem assim como o seu sorrir, fato que é comentado por sua esposa. Seu olhar também é inquisidor quando percorre o quarto e se detém nas pessoas ao seu redor. As mãos também movimentam-se, tambo rilando com os dedos sobre a cama.*

Quando reassumia a posição de luta o fazia por pouco tempo; es ses momentos de luta se tornaram cada vez mais breves.

Para Ester também o silêncio se fez presente num momento de sua trajetória. Quando lhe foi dito da pos-

sibilidade de reiniciar quimioterapia, Ester disse que queria pensar sobre sua concordância e seu discurso verbal. diminui nesse dia. Suas reclamações são menos calorosas e não chorou; a ênfase que colocava em sua possibilidade de cura diminuiu. Seu tom de voz abaixa, suas lágrimas diminuem. A ansiedade para comer "para sarar" não se verifica mais. As mãos se movimentam muito e seus olhos também inquisidores percorrem o quarto. Nos últimos encontros, a comunicação é essencialmente não verbal.

O paciente João Francisco, em todos os encontros assumiu a linguagem do silêncio. Nenhuma pergunta sobre sua doença, sobre os resultados dos exames a que se submetia, sobre seu tratamento. Esteve alienado do querer da equipe que o tratava. A esse paciente foi dado alta hospitalar e ele morreu em sua casa.

O paciente terminal parece submergir-se em seu querer interior e é esse querer que é importante para ele. É a maneira que encontra de preservar ou recuperar sua força e poder, de querer ser seu próprio ser em sua finitude. É o resgate último de sua vontade, da dignidade do seu querer.

A equipe não conta mais com sua passividade no sentido de compactuar com ou submeter-se às suas decisões. Aparentemente, ele continua passivo, atingido, talvez até mais que antes, pois, sua debilidade física é grande nessa fase e restringe até mesmo seu discurso falado. Visto sob esse ângulo, a equipe pode continuar decidindo por ele e geralmente o faz.

Entretanto, o resgate de sua vontade é algo interior e, sob esse enfoque, a equipe não conta com sua passividade; passa a contar com sua alienação às suas decisões. Lamen-

tavelmente, a equipe não se apercebe desse momento ou se o faz, fundamenta essa alienação em uma debilidade física ou em uma reação normal, característica da moléstia.

De certa forma, esse momento lhe convém, lhe é favorável por lhe deixar o caminho mais livre para continuar tomando decisões. Não se apercebe que perdeu definitivamente qualquer possibilidade de revelação do Ser desse Ser-aí e que o paciente terminal, tornando-se aquilo que essencialmente ẽ, transcendeu ao ser da equipe.

Um valor produzido pelo conhecimento deve derivar-se do valor pela vida, a força e poder, a vontade de Ser. A tecnologia decorrente do uso do conhecimento é um obscurecimento e um esquecimento do Ser: o homem perde-se na tecnologia. Quando se fala em funcionalidade, automação, burocratização, informação, já se está dentro do domínio da técnica.

As técnicas modernas diferem essencialmente das técnicas antigas, pois, a técnica moderna fundamenta-se nas ciências exatas; a técnica tradicional não força a natureza, não é uma exploração, ao passo que atualmente explora-se a natureza. O ser da máquina é um ser dependente.

A essência da técnica afeta o homem mais intimamente e o mantém em suas redes. Energia atômica, máquinas, organizações, automação são os resultados de tal realidade.

Na área da saúde observa-se uma invasão da técnica com todo tipo de maquinário que vem sendo criado pelo homem a partir de seu conhecimento no campo da biofísica. Essa tecnologia moderna criada pelo homem a serviço do homem, tem contribuído em larga escala para solução de problemas antes insolúveis e podem reverter em melhores condições para o paciente.

Assim, hoje é possível fazer diagnósticos até então considerados impossíveis de serem realizados, elucidar diagnósticos, diferenciando-os, tornar exames menos demorados e menos dolorosos.

Os computadores e monitores estão nos hospitais, nos consultórios médicos, nos laboratórios, nos Serviços de Raio X e Ultrassonografia, enfim, há todo um arsenal tecnológico que pretende suavizar a caminhada de um paciente na facticidade de seu mundo. A grande incoerência, entretanto, é que essa tecnologia desenvolvida do homem para o homem, acabou por afastar esses dois homens, afastamento esse inconcebível pela inalienabilidade intrínseca de ambos.

Esse afastamento gerou algo mais grave - a máquina passou a substituir o homem nas funções cabíveis e esse homem uma vez afastado do Ser do Ser-aí não retornou mais a ele. Não é mais um Ser-aí-com-outro-Ser-aí. É um ser-aí-entidade-com-a-máquina. De substituição nas funções cabíveis, ampliou por pretender uma substituição global que culminou em esvaziar o cuidar de seu conteúdo humano. Encontramos o homem deserdado na linguagem do cotidiano, na qual, fruto de seu tempo, está perdido no "palavrório" e na opinião de "todo-o-mundo" e na "linguagem científica" que, buscando dominar o Ser, o dissipa, tornando-o nada.

A linguagem é o ponto de união entre o Ser que se manifesta, se des-vela e o homem, que, caracterizando-se por seu comportamento de abertura o capta. O homem é o ente que fala ¹⁶

¹⁶ BEAINI, T.C. - *A linguagem como determinante fundamental do "Dasein"*. IN: ——— *À escuta do silêncio*. Cortez, São Paulo, 1981. pág. 21-52.

e, portanto, o discurso emerge como um problema de vital importância, isto é, o sentido do ser está arraigado ao discurso e não pode ser encontrado se estiver dele desvinculado.

O que caracteriza essencialmente o homem é o fato de poder relacionar-se com o Ser. Enquanto é aberto a tudo que o cerca, o homem existe em meio aos demais entes, mantém um contato contínuo com eles e este modo de ser assinala a própria condição humana.

O homem é o ente que fala por ser um ente de presença, isto é, aberto ao ser para captá-lo em seu mostrar-se. É justamente essa abertura, enquanto compreensão do ser, que torna o homem um ente de Linguagem, o que lhe possibilita a manifestação do Ser. Foi conferido ao homem o poder de revelação na Linguagem.

O comportamento humano de abertura, isto é, a existência é re-veladora do sentido do ser, enquanto relacionamento entre ser e homem. Este é o fundamento que possibilita a Linguagem que se identifica com o ato de revelação do Ser.

O des-velamento do ser não é total nem contínuo: o velamento está nele contido. Se identificarmos des-velamento com verdade, veremos que o velamento pertence ao des-velamento, ou seja, à essência mesma da verdade. O ser é o revelar-se que se oculta, a presença que se retrai: este é o mistério do ser, no qual não-verdade e verdade encontram-se no mesmo plano e no qual está inserido o homem.

A verdade, o des-velamento nunca é total. Em cada des-velamento está contido também o velamento; enquanto revelamos um domínio do ente, encobrimos outro. Assim, a verdade

mescla-se continuamente de não verdade.

A compreensão, marcada pelo ser, é finita e limitada como o próprio homem, que não tem acesso à captação de todos os aspectos que a abertura do ser lhe apresenta. Compreensão e conhecimento estão vinculados ao ser; àquele que atende ao apelo do ser e capta seu conteúdo, cabe revelá-lo.

O discurso é sempre revelação de um sentido do ser e do existir humano. O homem é um ser em situação e nela se compreende como alguém que não está só no mundo, mas que é com-os-outros, partilhando com eles um ser-em-comum. O que é dito, a comunicação e a expressão, faz parte do discurso, tornando a Linguagem possível.

O discurso revela o Ser enquanto o homem mantém-se próximo ao des-velamento. Contudo, o ouvir e o silêncio são momentos do discurso que possibilitam ao homem uma compreensão do que o Ser lhe diz. A palavra é escuta, sendo que no ouvir é que se encontra o sentido do falar humano¹⁷.

O ouvir e o silêncio são possibilidades da palavra do discurso. O que sabe ouvir tem acesso ao silêncio autêntico e, nele, deixando que o ser diga, está próximo à fonte que fundamenta o falar humano. O valor do discurso encontra-se muito menos nas palavras do que no silêncio atencioso, rico de significação, no qual permitimos que o ser se mostre e seu sentido aceda à nossa palavra; o ouvir precede o falar - esta é a Linguagem verdadeira, atenta ao ser.

¹⁷ BEAINI, T.C. - *Ser, homem e linguagem: vínculos fundamentais*. IN: — À escuta do silêncio. São Paulo, Cortez, 1981, pág. 53-67.

Em meus encontros com pacientes terminais havia o dizer desses pacientes através de sua Linguagem, com o sentido de recolher, deixar-estar, reunir aquilo que, posto ao descoberto, está presente.

Se fosse considerar o conteúdo desses encontros apenas enquanto palavras enunciadas muito se perderia de sua interpretação. As palavras ditas eram mais que palavras, eram um permitir de revelação do Ser de cada um dos pacientes. E essa revelação independia do "quantum" de palavras enunciadas pelos pacientes.

A duração de cada encontro poderia ser e o foi variada em termos quantitativos. A disposição do paciente em dizer variava também de paciente para paciente e, para um mesmo paciente, de dia para dia.

Assim, um encontro poderia me apresentar um paciente com muita disposição para "falar" e o seu discurso era intenso. Em outro encontro, o mesmo paciente se apresentava com pouca disposição para falar por motivos os mais variados: debilidade física, efeito de sedativos.

Entretanto, a revelação do Ser desse Ser-aí, paciente terminal, ocorria independentemente da duração desses encontros e sem guardar qualquer correlação positiva ou negativa com ela.

Da sua compreensão, o paciente terminal pode tornar visível o mundo nas suas significações, pode dizê-lo a outros. O seu discurso, decorrente da compreensão e da situação fundamental, articula o projeto do Ser-aí no Ser. Por ser a compreensão uma situação situada, a linguagem do paciente terminal será marcada pelo estado de queda e por isso, sua lin

guagem pode se tornar "palavrório". A palavra tende, então, a estagnar-se, a repetir-se no "já dito".

O paciente terminal é encorajado a um existir inautêntico pelos profissionais da saúde, existir esse desenvolvido na existência cotidiana do mundo do hospital onde o paciente encontra-se indeterminado, dominado pelos outros, por todo-o-mundo, que lhe fornece as normas para seu agir. Sua Linguagem testemunha o decaimento através do "palavrório", através da curiosidade e pelo equívoco.

Os relatos dos encontros com Antonio Carlos e com Ester revelam essa repetição do já-dito: as mesmas queixas, as mesmas questões, as mesmas expressões. A cada elemento da equipe que entrava no quarto o paciente fazia a mesma pergunta ou reclamava sobre uma mesma coisa. Nesse sentido, o discurso da equipe correspondia também ao discurso vazio ao "palavrório", respondendo às perguntas com outros já-ditos: outros já-respondidos.

Dessa linguagem também faziam parte a Técnica e a Ciência: a Técnica, esquecendo o Ser é uma forma de inautenticidade; a Ciência, atendo-se ao ente, o demarca como seu limite, colocando além dele, o nada.

Por muito tempo isso podia persistir até que, como já comentei, a equipe continuasse com seu "palavrório", sem se aperceber que seu par na interlocução, o paciente terminal, não acompanhava mais. Era o momento em que o paciente passava do falar ao dizer no discurso do silêncio.

Se o dizer é logos e este é um deixar que reúne, reunião que por sua vez pressupõe um fazer sair à luz, um desvelamento que desemboca na presença, a linguagem é o Ser; para

alcançar o Ser, é necessário alcançar a essência da linguagem.

A essência da fala é o reunir e a apreensão dessa essência implica num ouvir que, para ser autêntico, exige que nos recolhamos naquilo que ouvimos. Em encontros com paciente terminal só realmente pude ouvir sua fala quando me virei em direção ao dito, quando sentia o eco do dizer e, em muitas ocasiões, esse dito permaneceu calado.

A essência do Ser do paciente terminal era mais apreendida, mais captada ontologicamente numa fase mais próxima da morte, onde a quantidade de palavras era reduzida sensivelmente. No discurso do silêncio, o paciente saía à luz, se desvelava; as palavras ditas e as não ditas precisavam não somente serem recolhidas por mim; era necessário que eu me recolhesse nelas.

Acredito ser daí a necessidade que sentia em ir para esses encontros com muita disposição para ouvir, não aceitando restrição de horário ou de outras preocupações minhas enquanto Ser-aí, que me impedissem de ouvir o paciente. Sentia necessidade até de uma postura física, que na realidade não era física, diante do paciente, postura que facilitasse a captação da sua linguagem enquanto Ser.

Assim, ocorria que eu me mudasse de posição, movimentando-me ao lado de sua cama, até que sentisse ter achado o lugar onde o ouvir teria as melhores condições. Isso ocorria principalmente no início do inter-relacionamento, pois, a partir do terceiro ou quarto encontro tal movimentação não era mais necessária; era como se eu, ao chegar à enfermaria, ao lado da cama do paciente, já soubesse onde ficar, onde era meu

lugar de modo que pudesse ouvi-lo melhor, onde o meu recolhimento nas suas palavras fosse mais favorecido.

Um estudo fenomenológico existencial do paciente terminal deverá levar em conta a questão: *Como o paciente terminal experiencia o mundo.* Ele sendo homem é um Ser-no-mundo e esse ser-no refere-se à maneira através da qual ele se encontra com as coisas, manipula, transaciona e preocupa-se com as pessoas e coisas num mundo que lhe é familiar.

O paciente terminal por ser pessoa, por existir, forma com seu mundo um todo unitário e estrutural: é um ser-no-mundo. Os dois polos - ele e o seu mundo estão sempre relacionados dialeticamente, um implica no outro. Esse mundo não é algo estático, já feito, mas dinâmico que ele vai formando e estruturando.

Os analistas existenciais distinguem três tipos de mundo que caracterizam a existência de cada ser-no-mundo. O Umwelt, que significa literalmente o mundo ao redor, é o mundo biológico, chamado geralmente ambiente. O segundo, é o Mitwelt - literalmente o co-mundo, que designa o mundo dos seres de nossa mesma espécie, o mundo de nossos semelhantes. O terceiro, o Eigenwelt, o mundo-próprio, que compreende as relações pessoais do indivíduo consigo mesmo.

Todos os organismos têm seu Umwelt. As categorias de ajustamento e adaptação são de absoluta precisão nesse mundo. O ajuste se produz entre dois objetos, ou entre uma pessoa e um objeto.

No Mitwelt, enquanto mundo das relações entre os homens, as categorias de ajustamento e adaptação não guardam a mesma precisão; aqui, o termo apropriado é rela-ção. O Eigenwelt, o mundo próprio, é o campo da psico-

logia que tem sido menos explorado e compreendido; ele pressupõe auto-consciência e auto-relação e é exclusivo do ser humano. É a captação do que significa para mim determinada coisa do mundo.

Essas três faces do mundo sempre se interferem e conditionam mutuamente. O ser humano vive simultaneamente em Umwelt, Mitwelt e Eigenwelt, não se tratando de três mundos diferentes, mas sim três facetas simultâneas do ser-no-mundo. Conseqüentemente, se se acentua uma delas com exclusão das outras duas, se perde a realidade do ser-no-mundo.

Não há dúvida que o Eigenwelt é a faceta mais difícil de captar considerando nossas preocupações tecnolôgicas ocidentais sendo muito provável que nas próximas décadas faça-se alguma luz no campo do Eigenwelt¹⁸.

Tanto o Mitwelt como o Eigenwelt como horizontes situam-se num mesmo plano de prioridades e a vida em comum é contingência do ser-no-mundo, uma vez que mundo é sempre mundo de participação e participação-com. Entretanto, para o paciente terminal hospitalizado que experiencia o mundo do hospital, à medida que o tempo avança e sua finitude é mais próxima, o seu horizonte no Mitwelt restringe-se assim como delimita-se o Eigenwelt.

O significado da comunidade humana representada pelo pessoal do hospital para o paciente terminal enquanto Ser-aí vai depender de como ele se situa nesse grupo e de como são feitas as escolhas e tomadas as suas decisões.

¹⁸ MAY, R. - *Contribuciones de la psicoterapia existencial - Los tres mundos*. IN: — MAY, R.; ANGEL, E.; ELLENBERGER, A.F. - *Existencia*. Versión española de Cecilia Sanchez Gil. Madrid, Ed. Gredos, 1977. pág. 86-88.

No hospital, o paciente tem que se adaptar às rotinas, ajustar-se às decisões da equipe; é o mundo de leis da natureza e de seus ciclos, do determinismo biológico ao qual tem de adaptar-se de alguma forma; há, portanto, uma hipertrofia do Umwelt e o paciente passa a existir num mundo de organismos, considerado em seu aspecto ôntico.

O seu Mitwelt que é o mundo de suas interrelações implica em relações que convertem seu Ser em objeto perdendo-se a essência da relação que consistiria em que as pessoas se relacionem de forma recíproca. Para o paciente terminal, esse mundo é restrito pois não lhe permite existir como Ser de relações que é, levando-o à busca incessante de uma relação. Para tanto, há de se atentar para o toque contínuo da campanha por esses pacientes, pela referência das mesmas queixas a todos quantos entrarem na enfermaria.

No que se refere ao Eingewelt, o paciente terminal tem poucas chances de vivenciá-lo, pois, para tanto, seria necessário que pudesse refletir sobre o que se passa com ele. Nos encontros que mantive essa reflexão foi possível quando o paciente, assumindo o discurso do silêncio, alienou-se do "palavrório" do pessoal do hospital. Só então, pode reaver seu mundo próprio e passar a existir nesse mundo.

O paciente terminal não tem oportunidade de escolha e, portanto, raramente toma decisões. A comunidade do hospital decide por ele quanto ao seu tratamento, sua alta, sua cirurgia, sua admissão; ele é no hospital presença simples e objetivada; seu Ser-aí-com-os-outros-no-mundo se torna em Ser-aí-só. Quando se converte o homem em objeto resulta na perda da pessoa viva, existente. O ser-só é um modo deficiente do ser-com; o fáctico

ser-sô de um Ser-aí pode ser percebido mesmo havendo um segundo exemplar de um ser humano "além" dele, ou dez, ou vários, pois se esses forem "presença simples" o Ser-aí ainda pode ser-sô. Ser ausente e ser distante são modos do ser-aí-com.

Nesse sentido, os Seres-aí da equipe estão aí, mas sem presen tidade, sem condições de estar-com o paciente terminal em seu autêntico sen tido.

Nesse sentido, o horizonte do Mitwelt do Ser-aí membro da equipe hospitalar é igualmente restrito pois ele não está sendo-com-o-pa ciente terminal; ele também é, aos olhos do paciente, presença simples e ob jetivada.

O tempo é a dimensão característica do humano e inclui a pos sibilidade de incorporar o passado ao presente como parte do total em que atua, relaciona os organismos vivos e a capacidade de organizar seus atos à luz de um futuro de profundas perspectivas. Entretanto, a concepção de tem po em termos cronológicos, fundamentada em relógio ou calendário é a que me lhor se adapta ao Umwelt, onde contemplamos o ser humano como entidade.

Nos encontros com paciente terminal sua preocupação com o tem po cronológico foi observada. Frequentemente inqueriam-se sobre o dia da se mana, do mês, o tempo decorrido da última internação, do último exame a que se submetera, a última alta-licença concedida. É fácil a compreensão consi derando a hipertrofia do Umwelt como horizonte do paciente terminal. O pas sado é o campo do Umwelt, das forças contingentes, naturais, históricas, de terministas que operam sobre todos nós.

No Mitwelt o tempo quantitativo tem menor importância no sig nificado dos acontecimentos. Mas, para o paciente terminal esse horizonte é restrito e, portanto, o tempo cronológico lhe é importante pela ampliação de seu Umwelt.

O *Eigenwelt*, o mundo particular da autorelação, autoconsciência praticamente nada tem a ver com o tempo cronológico. Para o paciente terminal que atinge essa autoconsciência o tempo cronológico deixou de importar. Os encontros com os pacientes mostraram que quando podem refletir sobre suas concretas possibilidades, deixam de perguntar a hora, quando irão embora, quando iniciarão novo tratamento, quantos frascos de plaquetas tomaram ontem. É quando ocorre o processo intuitivo, o instante em que a pessoa percebe repentinamente o sentido que encerra para o presente um acontecimento do passado ou do futuro.

Essa percepção de novo alcance implica sempre na possibilidade e na necessidade de alguma decisão pessoal, alguma mudança nas suas estruturas ou alguma nova orientação frente ao mundo e ao futuro. O paciente terminal transcende a sua situação imediata; é quando compreende que sua existência está no fim.

Lamentavelmente, ele é lesado em suas possibilidades pois faltam-lhe condições para que chegue à compreensão; somente se, e quando ele consegue atingir a compreensão, apesar do modo deficiente de solicitude de que recebe, é que seu horizonte individual reavê todas as suas possibilidades.

O ser contra o outro, o ser sem o outro, o "passar" pelo outro, o não importar-se com o outro são todos modos possíveis de solicitude¹⁹.

A solicitude dos Seres-aí dos elementos da equipe hospitalar para com o paciente terminal é uma solicitude que toma conta desse paciente, saltando sobre ele, assumindo seu encargo de cuidar de si próprio.

¹⁹ HEIDEGGER, M. - *Ser-no-mundo como ser-com e ser-si-mesmo. O "a gente"*. IN: — *Todos nós... ninguém*. Tradução de Dulce Mara Critelli. São Paulo, Moraes, 1981, pág. 41-42.

O paciente é lançado fora de seu próprio lugar.

Em contraste a esse modo de solicitude, há um outro que não consiste em *saltar sobre o outro*, mas em se *antecipar* a ele em sua existencial possibilidade-para-ser. Um modo em que não se protege o outro, mas faz com que ele se volte para si mesmo autenticamente. Esse modo pertence ao autêntico *cuidar*²⁰. O *cuidar de* pertence ao cuidar como um modo de descobrir aquilo que é o *ente-envolvente*; a solicitude, por sua vez, é orientada pela consideração e paciência. Como a solicitude, estas podem estender-se através de sua respectiva deficiência e modos indiferentes até a desconsideração ou a negligência para as quais a indiferença abre caminho.

O paciente terminal é absorvido e sua responsabilidade de vir-a-ser é anulada pelo mundo dos Seres-aí que fazem parte da Comunidade hospitalar e vivem na cotidianidade do mundo do hospital, levando o Ser-no-mundo do paciente terminal a perder-se nela.

O paciente terminal, enquanto homem, não escolheu a doença que o está levando para a morte; ela faz parte da circunstancialidade que constitui sua condição humana. Dentro dos limites criados por essa circunstância, o paciente terminal, por ser humano, precisa poder escolher, fazer opções, correr riscos nessas escolhas, assumir compromissos e sofrer as conseqüências das escolhas que fez. Sem esses riscos não há opções significativas para o Ser e, sem elas, não há liberdade.

²⁰ HEIDEGGER, M. - *Ser-no-mundo como ser-com e ser-si-mesmo. O "a gente"*. IN: — *Todos nós... ninguém. Tradução de Dulce Mara Critelli. São Paulo, Moraes, 1981, pág. 35.*

Ao paciente terminal essa liberdade tem sido negada, pois a equipe assume o encargo do paciente fazendo desaparecer a relação do ser do Ser-aí para outro Ser-aí nesse modo deficiente de solicitude. É necessário que o paciente terminal seja encarado como ser reflexivo, que tem uma preocupação com a sua individualidade como pessoa, com as formas de responder à vida com seu próprio corpo. Ele é um ser - com, com pessoas e com coisas; é um ser temporal que se preocupa consigo próprio, toma consciência de si mesmo e se projeta no futuro.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para os filósofos da Existência a morte é uma dimen são do completamento do Ser-aí. O Dasein, ou Ser-aí, chega à compreensão da sua totalidade e da significabilidade de si-mes mo que é inseparável da integridade, quando o Ser-aí se defron ta com a possibilidade de *Não-ser-mais-aí*.

Enquanto o Dasein não houver chegado ao seu próprio fim ele permanece incompleto; ele não chegou a completar sua in teireza, sua totalidade.

O Dasein tem acesso ao significado do ser - e este é um ponto muito importante - porque e somente porque, o seu ser é finito. O ser autêntico é, portanto, um ser-para-a-mor te, um *Sein-zum-Tote*, uma das mais freqüentes citações, porém, a menos compreendida no pensamento moderno.

O primeiro encontro com o fenômeno da terminalidade do Ser-aí se dá quando se presencia a morte dos outros. Porque ser é sempre ser-com-os-outros, literalmente obtém-se experiên cia de morte em vários momentos da existência.

A morte dos outros coloca a cada um de nós, diante do extraordinário fenômeno que pode ser definido como uma mudan ça completa de uma entidade da espécie de ser do Dasein para não mais ser-Dasein. O término da entidade enquanto Dasein é o começo da mesma entidade enquanto algo *presente-à-mão*, algo

que está aí-diante-de-nós.

O morto abandonou o mundo, mas apenas em termos de ser; aqueles que ficam continuam ainda com ele. Aí está sendo posto em evidência a qualidade da cotidianidade existencial, o *Ser-testemunha* de todos os seres; o morto pode estar muito próximo de nós, mais ativamente conosco, mais parte de nós mesmos, do quando vivo.

O estudo do pensamento de um morto, a contemplação de sua arte, as realizações políticas, a lembrança constante do seu aí, são exemplos de cuidado que são inteiramente típicos do Dasein. Mostram como a morte de uma pessoa é quase sempre a modulação para a ressurreição nas necessidades dos outros homens e nas lembranças.

O ser-para-a-morte de cada homem é importante para o Ser-existindo-no-mundo e esta é uma condição inalienável; o Ser-aí-no-mundo-sendo-para-a-morte é aquele humano que busca a *compreensão ontológica* da sua finitude e a consciência da finitude que cada humano deve ter de si-mesmo é o caminho para a verdade. Sem finitude não pode haver verdade.

Esta compreensão do fenômeno da morte como destino de cada um de nós, implica em assumir o discurso Heideggeriano. A análise da morte é uma importante interpretação que Heidegger faz do Ser-aí; a morte não é um ponto final na existência e sim um elemento constitutivo dela.

A existência não é dada ao Ser-aí como um caminho bem arranjado ao fim do qual está a morte, mas a morte como possibilidade atravessa sua existência; a qualquer momento pode surpreendê-lo. Defrontando a morte como possível a qualquer momento, o Ser-aí é arrancado do contexto de vida inautên-

tica e restaurado a si-mesmo como aquele que deve e que pode enfrentar-se com a morte, sem máscaras.

Suspenso sobre a morte, mudando a cada momento dentro da possibilidade do nada, que é a autenticidade da morte, o Ser-aí é liberado finalmente para uma liberdade humana autêntica.

O paciente terminal não é portador de um germe da morte, da inevitabilidade que os profissionais de Saúde tanto temem e que os faz acreditar que estão dando o melhor de si ao paciente, melhor esse, segundo seu referencial.

O paciente traz consigo todo um potencial de vida, de seu mundo, de sua existência, continua a existir no seu morrer e passa a existir na sua morte.

Nos encontros com os pacientes terminais, os humanos aqui estudados mostraram-se em seu morrendo e em seu morrer; foi possível compreendê-los em suas terminalidades; foi possível estabelecer-com-eles uma *relação dialógica*.

Somente quando os seres que atuam na Área da Saúde entenderem a morte como parte da existência é que poderão estar-com-o-paciente na sua terminalidade, não se antepondo à morte como um desafio à vida, mas como parte integrante e inalienável da mesma.

Ao entenderem essa possibilidade o medo diante da morte desaparece e o tratamento pode tornar-se pessoal, autêntico, conferindo ao paciente participação nas decisões, proporcionando-lhe condições para chegar à resolução e ao resgate de si-mesmo na sua terminalidade; é a passagem do ôntico para o ontológico. Tornam-se humanos na sua autenticidade.

Enquanto persistirem as propostas educativas no seu

tido de preparo dos profissionais da saúde para enfrentar a morte, o morrer sempre será considerado um desafio a ser vencido e não um momento da existência humana, que vivido com autenticidade, é a expressão máxima da liberdade do Ser.

Propiciando ao paciente resgatar-se para morrer, numa compreensão que somos-seres-para-a-morte, os seres da equipe poderão viver autenticamente, sendo-um-ser-de-presença, numa existência compartilhada.

V. R E S U M O

Este estudo de pacientes terminais teve como pergunta orientadora *O que é isto, estar vivenciando a finitude próxima?* Optei por uma trajetória que permitisse clarear a terminalidade como fenômeno.

No percurso dessa trajetória vi-me diante da questão do Ser. A compreensão deste Ser segundo a ontologia fundamental de Heidegger norteou a interpretação dos encontros que mantive com os pacientes terminais, propiciando seu des-velamento enquanto Seres-aí vivenciando sua terminalidade, des-velando o morrendo.

VI. S U M M A R Y

The present study on terminally ill patients was guided by the following question: *What is it like to be experiencing that the end is near?* I opted for a trajectory that would permit me to clarify terminality as a phenomenon.

Along the course of this trajectory I was faced by the question of Being. The understanding of this Being based on Heidegger's fundamental ontology guided the interpretation of the contact I had with terminal patients, providing a revelation of them as "Beings who are there" and who are experiencing their terminality and thus *revealing* what dying is.

VII. BIBLIOGRAFIA

Esta Bibliografia apresenta em ordem alfabética a relação dos livros que no decurso deste trabalho foram expressamente mencionadas.

BEAINI, T.C. À escuta do silêncio (um estudo sobre a linguagem no pensamento de Heidegger). São Paulo, Ed. Cortez, 1981, 111p.

FORGHIERI, Y.C. & cols. Fenomenologia e Psicologia. São Paulo. Ed. Cortez, 1984, 143p.

HEIDEGGER, M. El ser y el tiempo. 5a. ed., Tradução da 1a. ed. em alemão-1927 por José Gaos. Mexico, Fondo de Cultura Económica, 1974, 475p.

———. Todos nós... ninguém. Tradução de Dulce Mara Critelli. São Paulo, Ed. Moraes, 1981, 72p.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. Estudos sobre Existencialismo, Fenomenologia e Educação. São Paulo, Ed. Moraes, 1983, 80p.

MARTINS, J. & DICHTCHEKENIAN, M.F.S.F. Temas Fundamentais de Fenomenologia. São Paulo, Ed. Moraes, 1984, 98p.

MARTINS, J.S. A morte e os mortos na sociedade brasileira. São Paulo, Ed. Hucitec, 1983, 339p.

MAY, R. & cols. Existencia (Nueva dimensión en psiquiatria y psicología). Madrid, Ed. Gredos, 1977, 523p.

PALMER, R.E. Hermeneutics - interpretation theory in Schleiermacher, Dilthey, Heidegger, and Gadamer. Evanston, Northwestern University Press, 1969, 283p.

A N E X O I

- ADAY, R.H. Belief in afterlife and death anxiety: correlates and comparisons. Omega, 15(1):67-75, 1984-85.
- ALIUS, J. Contar ou não, a dúvida também nos EUA. O Estado de São Paulo. São Paulo, 03 dez., 1982.
- AMES, B. Art and a dying patient. Am. J. Nurs., 80(6):1094-96, 1980.
- ANTONOFF, S.R. & SPILKA, B. Patterning of facial expressions among terminal cancer patients. Omega, 15(2):101-8, 1984-85.
- ARIÈS, P. O homem diante da morte. Trad. Luiza Ribeiro. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1982. v.2., 670p.
- BERGH, R.L.V. Let's talk about death: to overcome inhibiting emotions. Am. J. Nurs., 66(1):71-73, 1966.
- BOEMER, M.R. Assistência a pacientes terminais. Rev. Paul. Hosp., 31(1/2):33-37, 1983.
- BRESCIA, F.J. e cols. Retrospective analysis of a home care hospice program. Omega, 15(1):37-44, 1984-85.

- CAMARGO, P.N. Fatias da vida: o mistério da morte. Jornal de Piracicaba, Piracicaba, 31 out., 1976.
- CAPPIELLO, L.A. & TROYER, R.E. A study of the role of health educators in teaching about death and dying. J. Sch. Health, 49(7):397-99, 1979.
- CENEVIVA, W. Letras jurídicas: o direito de desligar as máquinas. Folha de São Paulo, São Paulo, 21 abr., 1985.
- COLLINS, V.J. Ethical considerations in therapy for the comatose and dying patient. Heart & Lung, 8(6):1084-88, 1979.
- CORCOS, A. & KRUPKA, L. How death came to mankind: myths and legends. Omega, 14(2):187-99, 1983-84.
- COSTA, L.A.T. Situações vida-morte - participação do enfermeiro. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem Ana Néri da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1977 (mimeografado).
- COUNTS, D.R. & COUNTS, D.A. Aspects of dying in northwest New Britain. Omega, 14(2):101-11, 1983-84.
- CUNHA, M.C. Os mortos e os outros. São Paulo, Hucitec, 1978, 152p.
- D'ASSUMPÇÃO, E.A. Tanatologia e o doente terminal. Diálogo Médico, 10(2):22-36, 1984.
- DAVIDSON, R.P. Let's talk about death: to give care in terminal illness. Am. J. Nurs., 66(1):74-75, 1966.
- DICKINSON, G.E. & PEARSON, A.A. Differences in attitudes toward terminal patients among selected medical specialties of physicians. Nurs. Care, 17(6):682-85, 1979.

EDWARDSON, S.R. The choice between hospital and home care for terminally ill children. Nurs. Research, 32(1):29-34, 1983.

EPSTEIN, C. Senilidade e morte: atitudes pessoais, sociais e profissionais - Experiências com a morte. IN: — Interação efetiva na enfermagem. Trad. Efigênia Belfort Mattos e outros. São Paulo, EPU, 1977, p.113-118.

FAGIN, C. Psychotherapeutic nursing. Am. J. Nurs., 67(2):298-304, 1967.

FLORIAN, V. & HAR-EVEN, D. Fear of personal death: the effects of sex and religious belief. Omega, 14(1):83-91, 1983-84.

FOLHA DE SÃO PAULO. Pela primeira vez no país, a morte foi o tema de um seminário. 24 nov., 1982.

———. Visão sobre a morte está mudando, revela seminário, 28 nov., 1982.

GELAIN, I. - O enfermeiro e o paciente em fase terminal. IN: Deontologia de Enfermagem. São Paulo, EPU, 1983, p.51.66.

GIOVENAZZI PRODUÇÕES ARTÍSTICAS. Caixa de sombras (Peça teatral de autoria de Michael Cristofer, Trad. Leo Gilson Ribeiro), Ed. Teatral, Rio de Janeiro, R.J.

GLASER, B.G. & STRAUSS, A.L. The social loss of dying patients. Am. J. Nurs., 64(6):119-21, 1964.

GLICKSTEIN, N. Death in the afeternoon. Nurs. Forum, 18(2):187-95, 1979.

GOLUB, S. & REZNIKOFF, M. Attitudes toward death: a comparison of nursing students and graduate nurses. Nurs. Res., 20(6):503-8, 1971.

- GONÇALVES, M.M.C. A morte do paciente e sua repercussão em estudantes de enfermagem. Rev. Esc. Enf. USP, 10(1):95-100, 1976.
- GUIMARÃES, N.O. e col. Morte: um desafio de enfermagem. IN: — Anais do XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, Fortaleza, CE, 1979. p.127-136.
- GYULAY, J.E. The forgotten griever. Am. J. Nurs., 75(9):1476-79, 1975.
- HADDAD, M.C.L. e cols. Importância do apoio psicológico aos enfermeiros que assistem pacientes terminais. Enf. Mod., 3(2):9-16, 1985.
- HANDAL, P.J. e cols. The relationship between direct and indirect measures of death anxiety. Omega, 15(3):245-62, 1984-85.
- HATFIELD, C.B. e cols. Attitudes about death, dying and terminal care: differences among groups at a university teaching hospital. Omega, 14(1):51-63, 1983-84.
- HELEN, M. Reorienting staff attitudes toward the dying. Hosp. Prog., 59(5-8):74-92, 1978.
- HENDERSON, U.W.D. & HENDERSON, J.E. Psychological care of patient with catastrophic illness. Can. Nurse, 61(11):899-902, 1965.
- HERRERA, R.R. El problema de la muerte en la tercera edad desde la perspectiva psicologica. Rev. de Psic. Geral y Apl., 36(4):719-27, 1981.
- HILL, A.C. The impact of urbanism on death and dying among black people in a rural community in Middle Tennessee. Omega, 14(2):171-86, 1983-84.

- HORKAN, T.A. Death with dignity, California Style. Hosp.Prog., 58(2):12-13, 1977.
- HORNBY, A. Death, dying, and bereavement. Nurs. Mirror, 147(7): 18, 1978.
- JOHNSON, S. Sexual intimacy and replacement children after the death of a child. Omega, 15(2):109-18, 1984-85.
- JORGENSEN, D. The clear and the hidden: person, self and suicide among the telefolmin of Papua New Guinea. Omega, 14(2):113-26, 1983-84.
- KASTENBAUM, R. & COSTA, P.T. Psychological perspectives on death. Ann. Rev. Psychol., 28:225-49, 1977.
- KASTENBAUM, R. & AISENBERG, R. Psicologia da morte. Trad. Adelaide Petters Lessa. São Paulo, Pioneira, Ed. USP, 1983, 445p.
- KIRKPATRIC, J. e cols. Dilema of trust: relationship between medical care givers and parents of fatally ill children. Pediatrics, 54(2):169-75, 1974.
- KNUDSON, A.G. & NATTERSON, J.M. Participation of parents in the hospital care of fatally ill children. Pediatrics, 26(3):482-490, 1960.
- KOVACS, M.J. Um estudo sobre o medo da morte em estudantes universitários das áreas de saúde, humanas e exatas. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo, 1985 (mimeografado).

KÜBLER-ROSS, E. Morte: estágio final da evolução. Trad. Ana Maria Coelho. Rio de Janeiro: Record, 1975.

———. Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer. Trad. W. Dias da Silva e Tereza Liberman Kipnis. São Paulo, Livraria Martins Fontes, 1979. 176p.

———. Sobre a morte e o morrer. Trad. Paulo Menezes. São Paulo, Martins Fontes, 1981, 290p.

LAMERTON, R. Care of the dying: attitudes to deathbed nursing. Nurs. Times, 68 (7):1544-45, 1972.

LESTER, D. e cols. Attitudes of nursing students and nursing faculty toward death. Nurs. Res., 23(1):50-9, 1974.

LE ROUX, R.S. Communicating with the dying person. Nurs. Forum, 16(2):145-55, 1977.

LEWIS, F.M. A time to live and a time to die: an instructional drama. Nurs. Outlook, 25(12):762-65, 1977.

MALDONADO, M.T. O médico e a cliente próxima da morte. Femina, 6(12):930-34, 1978.

MANZOLLI, M.C. A morte e o morrer: aspectos psicológicos. IN: — Relacionamento em enfermagem. Aspectos psicológicos. São Paulo, Sarvier, 1983, p.91-102.

MARTINSON, I.M. Care of the dying child-1. Nurs. Times, 79(11): 56-57, 1983.

- MARTINSON, I.M. e cols. When the patient is dying: home care for the child. Am. J. Nurs., 77(11):1815-17, 1977.
- MARTINSON, I.M. e cols. Home care for children dying of cancer. Pediatrics, 62(1):106-13, 1978.
- McIVER, V. A time to be born, a time to die. Can. Nurse, 76(8): 38-41, 1981.
- McNULTY, B. Care of the dying. Nurs. Times, 68(48):1505-6, 1972.
- MEERWEIN, F. A psicologia do canceroso. Rev. Geogr. Univ., 22(83): 83-93, 1981.
- MILLS, G.C. Books to help children understand death. Am. J. Nurs., 79(2):291-95, 1979.
- MIZIARA, L.J. Assistência ao doente terminal. Rev. Bras. Clín. Terap., 14(4):117-20, 1985.
- MOREIRA, A.A. Teoria e prática da relação médico-paciente. Belo Horizonte, Interlivros, 1979.
- MOUNT, B.M. International group issues proposal for standards for care of terminally ill. Can. Med. Assoc. J., 120(19):1280-82, 1979.
- O ESTADO DE SÃO PAULO. Morte, nova atitude. São Paulo, 3 maio, 1973, p.18.
- OLIVEIRA, C. Morte, temor que acompanha grande parte da população. Folha de S. Paulo, São Paulo, 7 abril, 1985, p.21, 2c.

- ORO, M.I. Doente grave e família. Percepção de seus problemas. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, 1979 (mimeografado).
- PADUAN, M.A. A educação dos alunos de graduação em enfermagem em relação à morte e ao morrer. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, 1984 (mimeografado).
- PIMENTEL, M.A. e cols. Amenizando a morte. Enf. Novas Dimens., 4(6):351-54, 1978.
- PECK, D.L. Official documentation of the black suicide experience. Omega, 14(1):21-31, 1983-84.
- PUTNAM, S.T. e cols. Home as a place to die. Am. J. Nurs., 80(8):1451-53, 1980.
- ROSENHEIM, E. & MUCHNIK, B. Death concerns in differential levels of consciousness as functions of defense strategy and religious belief. Omega, 15(1):15-24, 1984-85.
- ROUD, P.C. Pain medication for the terminally ill. Int. Nurs. Rev., 29(1):19-21, 1982.
- SARANO, J. Situações particulares: Os moribundos. IN: — O relacionamento com o doente. Trad. Herley Mehl. São Paulo, EPU, 1978. p.63-67.
- SAUNDERS, C. Care of the dying: the nursing of patients dying of cancer. Nurs. Times, 72(31):1203-5, 1976.

- SCHNEIDER, P.B. Psicologia aplicada a la practica medica: manual para la comprensión y conducción psicológica del enfermo. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- SCHROCK, M.M. & SWANSON, E.A. The effect on nursing students of direct-care experience with death and dying. Nurs. Forum, 20(2):213-19, 1981.
- SILVA, A. & SCHORK, M.A. Gender differences in attitudes to death among a group of public health students. Omega, 15(1):77-84, 1984-85.
- SILVA, G.M.N. O acadêmico de medicina e o paciente terminal. Skopia Médica, 2(3):20-27, 1984.
- SMITH, E. Reassure the patient. Nurs. Times, 68(42):1334-35, 1972.
- SOUZA MARTINS, J. A morte e os mortos na sociedade brasileira. São Paulo, Hucitec, 1983. 339p.
- STOTT, M. Care of a dying patient: palliative care and kindness bring relief to a woman with cancer. Nurs. Times, 76(27):1178-83, 1980.
- TARNOWER, W. Psychological needs of the hospitalized. patient. Nurs. Outlook, 13(7):28-30, 1965.
- TWEMLOW, S.W. & GABBARD, G.O. The influence of demographic psychological factors and preexisting conditions on the near-death experience. Omega, 15(3):223-35, 1984-85.
- UJHELY, G.B. What is realistic emotional support? Am. J. Nurs., 68(4):758-62, 1968.

- VINEY, L.L. Loss of life and loss of bodily integrity: two different sources of threat for peoples who are ill. Omega, 15(3):207-22, 1984-85.
- VOLICH, R.M. Aparece no mercado a tanatologia. Folha de S.Paulo, São Paulo, 7 abril, 1985, p.49, 5c.
- WEBSTER, M.E. Communicating with dying patients. Nurs. Times, 77(23):999-1002, 1981.
- WEISMAN, A.D. On dying and denying. A psychiatric study of terminality. New York, Behavioral Publications, Inc., 1972, 247p.
- WELLER, I. Hospice at home. Nurs. Mirror, 153(25):36-39, 1981.
- WHEELER, P.R. Nursing the dying: suggested teaching strategies. Nurs. Outlook, 28(7):434-37, 1980.
- WHITMAN, H.M. & LUKES, S.J. Behavior modification for terminally ill patients. Am. J. Nurs., 75(1):98-101, 1975.
- WOODFIELD, R.L. & VINEY, L.L. A personal construct approach to the conjugally bereaved woman. Omega, 15(1):1-13, 1984-85.
- YABER, W.L. e cols. Effects of death education on nursing students' anxiety and locus of control. J. Sch. Health, 51(5):367-72, 1981.
- ZAN, P. O homem, a vida, o velho medo do fim. O Estado de São Paulo. São Paulo, 28 nov., 1982.
- . História de luta, conformismo, esperança, morte. O Estado de São Paulo. São Paulo, 28 nov., 1982.
- . A morte fora da lei é mais aceita. O Estado de São Paulo, São Paulo, 30 nov., 1982.

ZAN, P. O fim: uma injeção de soro e analgésico. O Estado de São Paulo, São Paulo, 30 nov., 1982.

———. Em busca de um sentido, até a última hora. O Estado de São Paulo, São Paulo, 30 nov., 1982.

———. Em busca de outra forma de morrer: a terapia da verdade, sem medo. O Estado de São Paulo, São Paulo, 1º dez., 1982.

———. O mito do médico que pode tudo. O Estado de São Paulo, São Paulo, 1º dez., 1982.

———. Da negação à revolta. O Estado de São Paulo, São Paulo, 1º dez., 1982.

———. O doente deve saber que vai morrer? O Estado de São Paulo, 2 dez., 1982.

———. A vida e a morte, segundo as religiões. O Estado de São Paulo, São Paulo, 2 dez., 1982.

———. O médico não se sente melhor com a mentira. O Estado de São Paulo, São Paulo, 2 dez., 1982.

———. Um direito que só o paciente manifestará. O Estado de São Paulo, São Paulo, 2 dez., 1982.

———. Voluntárias: o conforto na hora final. O Estado de São Paulo, São Paulo, 3 dez., 1982.

———. Perto da morte, sem preconceitos. O Estado de São Paulo, São Paulo, 3 dez., 1982.

ZAN, P. Solidariedade, um apoio para viver. O Estado de São Paulo, São Paulo, 3 dez., 1982.

ZIEGLER, J. Os vivos e a morte. Trad. Aurea Weissenberg. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1977, 320p.

As memórias de

Maria Zélia de Andrade

Maria Aparecida Minzoni

Jamais e em nenhuma língua o
pronunciado é o dito.

(Martin Heidegger)