



Morte e vida: a dialética humana

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa
Ana Lúcia Francisco
Karl Heinz Efken

Resumo: Este ensaio tem como objetivo trazer reflexões sobre a prática do psicólogo hospitalar junto a pacientes e familiares, os quais, diante do processo do adoecimento, vivenciam sentimentos intensos e conflitos despertados pela possibilidade de morte. Embora a morte e o morrer sejam fenômenos inevitáveis e inerentes a nossa condição humana, refletir sobre a finitude humana é algo desafiador. Na nossa sociedade, encarar a possibilidade da nossa própria morte e das pessoas que amamos é quase da ordem do insuportável, sobretudo quando se leva em consideração o atual contexto cultural em que vivemos. No caso do adoecimento, ou mesmo da vivência de hospitalização, observamos que esta situação nos aproxima de reflexões internas mais intensas e que, em muitos momentos, pessoas mudam todo um modo de viver. Cada um reage a essas situações de uma maneira singular e nos faz refletir sobre a padronização de técnicas e conceitos a respeito da doença e do doente que podem tanto aprisionar a nossa forma de ver a pessoa que sofre quanto nos impedir de ouvir o que realmente se passa; ouvir um ser em devir.

Palavras-chave: adoecimento; morte; finitude; condição humana.

Death and life: The human's dialectic

Abstract: This essay has as objective to bring reflections on the practical one of the hospital psychologist next to patients and family, which, ahead of the process of the adoecimento, live deeply intense feelings and conflicts despertated for the death possibility. Although the death and dying are inevitable and inherent phenomena our human condition, to reflect on the finitude human being is something challenging. In our society, to face the possibility of our proper death and the people who we love is almost not support, over all when if it takes in consideration the current cultural context where we live. In the case of the suffering, or of the hospitalization experience, we observe that this situation in approaches them to more intense internal reflections and that, at many moments, people all change a way of living. Each one reacts to this situations of way singular and in standardization makes them to reflect on of techniques and concepts regarding illness and of sick person that can in such a way imprison our form to see the person who suffers how much in hindering them to hear what it is really transferred; to hear a being in devir.

Keywords: suffering; death; finitude; human condition.

Introdução

Vida e morte constituem os limites extremos da existência humana nesta terra. Acostumamo-nos tanto com a sua presença que nos desacostumamos a falar e refletir sobre elas. Fazem parte da normalidade do cotidiano, mas quando irrompem assustam e geram espanto, pois a vida desafia a morte e a morte desafia a vida. Nascemos para morrer e morremos para viver.

Desde o instante em que nascemos, começamos a morrer e cada dia vivido, torna-se um dia a menos no calendário da existência. Essa é a nossa condição humana, a nossa marca existencial. Porém, ainda que a morte e o morrer sejam fenômenos inevitáveis, refletir sobre a finitude humana é algo desafiador, principalmente quando se trata de pacientes em situação de risco de vida, cuja morte, senão iminente, de alguma forma está anunciada. Na nossa sociedade, encarar a *possibilidade* da nossa própria morte e das pessoas que amamos é quase da ordem do insuportável, sobretudo quando se leva em consideração o atual contexto cultural em que vivemos. Como destaca Elias (2001), muito embora possamos observar o aumento da expectativa de vida da população, o progresso médico e a luta pelo prolongamento da vida, a morte é um aspecto que aponta os limites do homem sobre o controle da natureza. Parece paradoxal, sermos seres finitos e não aceitarmos a nossa própria condição humana. Talvez, esse sentimento de inconformidade venha atrelado a outras questões, mas, de um modo geral, percebemos que não é o medo da morte propriamente que se tem, mas é do sofrimento físico e emocional decorrente dela: medo de dor, de incapacidade física, de ausência de liberdade, de incompreensão e, principalmente, da solidão.

Essa é uma reflexão que procuraremos trazer sob a ótica da psicologia hospitalar, a qual, como nos lembra Bruscato (2004), ultrapassa a conotação de um simples lugar de atuação e passa a ser vista como um campo de conhecimento que ainda vem sendo definido e dimensionado. Corroborando com este pensamento, Ismael (2005) destaca que entre as principais dificuldades encontradas pelos profissionais interessados por essa área, está a deficiência do instrumental teórico para a sua atuação. Nesse sentido, considerando que o adoecimento, atravessado por internações, procedimentos cirúrgicos invasivos, ou mesmo o diagnóstico de algumas doenças estigmatizadas na nossa cultura, como o câncer, as doenças cardíacas, a AIDS, entre outras, comumente nos convida a refletir sobre essa condição trágica do humano, justificando o interesse para a realização desse ensaio.

Com o objetivo, portanto, de contribuir para o aprofundamento teórico e a prática do psicólogo hospitalar junto a pacientes e familiares que vivem o processo de adoecer, inicialmente buscamos discutir temas relativos à morte e o morrer, relacionando-os às possibilidades de seu enfrentamento. Para tanto, recorremos a um caso clínico com o intuito de ilustrar as dificuldades vividas neste processo e as possibilidades de intervenção clínica para minorar o sofrimento das pessoas envolvidas.

A morte como limite

Na atualidade, o medo da morte nos impede de viver bem não somente pela angústia que provoca, mas porque nos atinge em níveis muito profundos (Elias, 2001). Diante da irreversibilidade no curso das coisas, a morte nos arrasta para uma dimensão do tempo passado, onde estão presentes os grandes corruptores da felicidade: a nostalgia e a culpa, o arrependimento e o remorso. Entretanto, fixar-se apenas nas lembranças felizes pode nos arrancar do real, depositando-nos no passado e nos impedindo de aproveitar o presente (Ferry, 2007). Este autor também afirma que era

assim que os filósofos gregos pensavam: passado e futuro eram dois centros que vinham estragar a única e exclusiva dimensão da existência que vale a pena viver, simplesmente porque ela é a única real, a única do presente.

As religiões e crenças assumem um papel relevante e, também, irão exercer influência no modo de concepção e enfrentamento dessa realidade. Salvação, castigo, céu, inferno, continuação da vida em um outro plano, entre outras formas de conceber a morte, nos convidam a considerar todo o contexto social em torno do paciente, mesmo que isso implique em divergências pessoais ou teóricas.

O adoecimento é vivido com um verdadeiro ‘golpe do destino’, sinaliza a possibilidade de, prematuramente, romper ou nos separar do real e chega a nos interrogar sobre o que fazemos, fizemos e/ou poderíamos ter feito da nossa vida. Resgatar o humano, nesse contexto, nos convoca a encarar a nossa ‘curta’ vida e refletir sobre o hoje para que o amanhã não seja apenas preenchido de ‘nunca mais’, paralisando, impedindo ou limitando a existência.

Assistimos na contemporaneidade, a emergência de um projeto de dominação e controle de toda a espécie humana. Os documentários e livros que mais estão em evidência abordam questões associadas a: ‘tudo é possível’, ‘você pode’, ‘só depende de você’ ou, ainda, ‘o seu desejo é uma ordem’. Homens e mulheres travam verdadeiras batalhas em prol de manter as suas aparências jovens chegando a cometer atrocidades com o seu próprio corpo; Dietas de todas as partes do mundo, rotinas exaustivas de exercícios ou programas de cirurgias plásticas que esticam, puxam e paralisam. Afinal, de que vale tanta pressa?

As crianças parecem miniadultos e apresentam uma agenda semanal de compromissos similar a de qualquer adulto extremamente ocupado. Elas acordam, vão para a escola, o judô, a natação, o balé, depois têm aula de línguas estrangeiras e a infância passa a ser vivida como a vida adulta, corrida, atropelada e estressada. A ciência avança e já se trabalha com a possibilidade de implantar *microchips* no cérebro para que as crianças possam dispor de grande conhecimento de maneira rápida e automática. Não se pode perder tempo!

Nas últimas décadas, reflexões a respeito do sentido da vida ou de como ela deve ser, vêm apoiando-se, cada vez mais, em razões de mercado e menos em questões de natureza filosófica (Kehl, 2002). As palavras perdem o seu verdadeiro sentido e a felicidade, mesmo que de modo artificial, passa a ser a nova norma. Em nome de uma nova ideologia, que trata a infelicidade como uma doença, os tratamentos são moldados a produzir uma felicidade artificial, estagnando as pessoas “[...] em um charco de falsa felicidade, e sacrificam qualquer possibilidade de cair na realidade”, afirma Dworkin (2007, p.15). Compartilhando dessa perspectiva, Melman (2003), aborda as repercussões desse modo de vida ressaltando a presença de ‘uma nova economia psíquica’, regida pela satisfação de necessidades de maneira plena e a qualquer preço.

Estes mesmos autores, atentos a novas formas de subjetivação e suas repercussões, nos possibilitam pensar como isto se manifesta nos consultórios de psicólogos e médicos frente a diferentes facetas do sofrimento, psíquico e/ou físico. Percebemos o predomínio de uma busca para a cura imediata de qualquer tipo de

sofrimento, como se houvesse possibilidade de se libertar de todo o mal-estar e das angústias próprias da vida.

Bauman (2007) resgata a idéia de que vivemos em uma ‘sociedade aberta’, a qual traz a nossa mente a experiência aterrorizante de uma população heterônoma, infeliz, vulnerável, confrontada e sobrepujada por forças que não controla e nem entende totalmente, estando exposta, assim, aos ‘golpes do destino’. Vale ressaltar que considerar ‘destino’ implica em encarar a imprevisibilidade da vida, na medida em que, ao longo de toda a história da humanidade, nenhum dos ambientes sociais jamais ofereceu um seguro infalível contra golpes do destino; verdadeiros sismos existenciais sempre estiveram presentes.

Para Bauman (2007), na nossa sociedade, ‘aberta’, o medo é reconhecido como um demônio e é alimentado tanto pela insegurança do presente, quanto pela incerteza do futuro, produzindo um profundo sentimento de impotência frente à percepção de que não estamos no controle, seja de modo individual ou coletivo.

Elevam-se os muros dividindo o que está dentro e o que está fora; novas drogas são fabricadas em linhas de montagem para manter artificialmente a felicidade; o mundo passa a ser superaquecido e a peste de antigamente ainda continua a sua devastação, mas com uma outra roupagem, a roupagem da fome, da miséria, da violência. Nunca foram tão discutidos temas ligados aos direitos humanos, ética e bioética. Estas discussões nos mostram que, apesar de inadmissível, o descaso com o que é humano já deixou marcas profundas em todos os âmbitos da nossa existência. Parece que há uma lógica da exterioridade expressa em: ‘só acontece com o outro’, até que, de modo inesperado, o destino dá sinal de vida e, como a figura de Tánatos, com a sua faca ataca em um único golpe.

Ainda que percebida como um golpe, a morte é inerente à condição humana. Somos seres finitos, angustiados frente ao fato de que a vida nos escapa, apesar de todas as tentativas de controle como fuga a essa condição. De acordo com Simons (2006), a busca para o sentido da vida não é uma interrogação entre outras, mas é a interrogação por excelência, de onde emergem todas as outras porque implica a busca de si mesmo e de seu porvir. Para o autor, o sentido da vida afeta todo o entorno da vida do ser humano, contendo um amplo significado que pode ser dividido em três aspectos principais.

O primeiro deles refere-se à coerência que tem os múltiplos acontecimentos que configuram a nossa vida; isto supõe que a vida humana, cada frase e cada gesto contém uma significação sem a qual ela seria simplesmente incompreensível. O segundo associa a imagem e a direção ao sentido de uma corrente, como o curso de um rio que representa a vida como uma sucessão de momentos orientados em um antes e um depois, uma espera e um cumprimento, uma possibilidade e uma realização; é a história de cada um, formada por acontecimentos que se iluminam uns aos outros e são orientados de acordo com um início e um fim. O terceiro faz com que ‘sentido’ seja sinônimo de ‘valor’; deve haver algo na vida que a torne digna de ser vivida.

Nada é permanente na existência humana. A busca de sentido e o confronto com a questão do vazio existencial são inerentes a todo ser humano. Como preencher esse

‘vazio’ que nos assombra? Que sentido estamos dando às nossas vidas? Ainda a esse respeito, Haour (2006) aborda o fato de que o sentido engloba duas dimensões: uma que encontramos e outra que elegemos. Assim, dar sentido é algo que elegemos como sentido. Somente considerando a nossa temporalidade e historicidade, temos a possibilidade de encontrar ou dar sentido à nossa vida. Vale destacar que o ‘tempo’, aqui considerado, não corresponde a uma trajetória linear regida por um determinismo de causa e efeito, mas como uma experiência original, na qual o ser humano dá uma orientação ao mundo, um antes e um depois. Por exemplo, um mesmo momento, vivido por pessoas diferentes, pode apresentar sentidos distintos. Desse modo, a temporalidade engloba a compreensão de diferentes experiências humanas, crises, mudanças, outras interpretações de mundo e as suas inter-relações.

A tragédia da modernidade, segundo Ferry (1997), é marcada pelo fato de nós existirmos no mundo sob a forma de projeto, ou seja, tudo passa como se não pudéssemos viver sem fixar metas e objetivos a serem atingidos, como se pudéssemos controlar os nossos destinos e sermos livres na nossa autonomia. Simons (2006) complementa ao afirmar que um projeto de vida é uma opção real a respeito do sentido da própria vida e da vida pela qual optamos o que, em geral, responde aos questionamentos pessoais. Mas, também, se pode dizer que é a forma própria de compreender, viver e atuar em um mundo; é o que integra e o que se configura como uma opção fundamental de cada ser humano.

Um projeto de vida implica o compromisso com valores prioritários que têm o poder de unificar e dar coerência às experiências das pessoas no mundo, articulando os aspectos pessoais e histórico-sociais na perspectiva de uma dinâmica temporal e de desenvolvimento futuro. Neste sentido, a construção de um futuro pessoal compreende todas as esferas da vida, o afetivo, o sócio-cultural, o político, o econômico e o profissional (Simons, 2006).

Ferry (2007) evidencia, ainda, que além do campo, do conhecimento do mundo e da história, devemos nos interessar pelos outros humanos, atuantes e coadjuvantes no momento em que nossa existência acontece. Não estamos sós e nem tampouco poderíamos nascer e subsistir sem a ajuda dos outros humanos. A ética, nesse contexto, é o que nos permite adotar regras de “como nos comportar de modo ‘vivível’, útil, digno, de maneira ‘justa’ em nossas relações com os outros (...)” (p. 33).

Muitas pessoas se vêem como indivíduos isolados, independentes e dispostos a seguir os seus próprios interesses; nesses casos, a tarefa mais importante parece ser a busca de sentido apenas para si mesmo e, dessa forma não é surpresa alguma que essas pessoas possam perceber as suas vidas como absurdas (Elias, 2001). Encontrar sentidos para a vida e os motivos pelos quais vale a pena viver, no nosso cotidiano, não é uma tarefa fácil, principalmente quando nos deparamos com situações críticas, de vulnerabilidade e de exposição a dores e sofrimentos físicos e/ou emocionais.

No caso do adoecimento, ou mesmo da vivência de hospitalização, observamos que esta situação nos aproxima de reflexões internas mais intensas e que, em muitos momentos, pessoas mudam todo um modo de viver. Cada paciente reage a essas situações de uma maneira diferenciada, colocando sob discussão a padronização de

técnicas e conceitos a respeito da doença e do doente, podendo aprisionar a nossa forma de ver a pessoa que sofre, impedindo-nos de ouvir o que realmente se passa; ouvir um ser em devir. Afinal, como dito por Schwartz (2005), o melhor modo de se viver bem consiste em estar pronto para morrer a qualquer instante, porque a morte iminente torna claro aquilo que realmente importa, nos faz prestar atenção ao que valorizamos, especialmente nos relacionamentos com pessoas próximas.

O adoecimento como marca da finitude humana

O modo de encarar a morte, assim como outros aspectos da nossa cultura vêm mudando no decorrer do tempo. Segundo Ariès (1989), a atitude antiga, em que a morte era próxima e familiar, opõe-se à atual e nos causa tanto medo a ponto de, em muitos momentos, sequer ousarmos falar o seu nome. A negação da morte, na cultura contemporânea, está tão incorporada aos nossos costumes que dificilmente podemos imaginá-la ou compreendê-la.

Boff (1999) também se pergunta a respeito da temática sobre a morte para os nossos tempos. O que restará depois que diluírem todas as referências estáveis de sentido, submeterem as religiões a suspeitas, conscientizarem os mitos e relativizarem todos os modelos de leitura do mundo? A morte foi relegada a um problema da subjetividade individual e cada um tenta lhe conferir algum significado ou negar qualquer esperança para além desse mundo. Para o autor vivemos entregues a nós mesmos, numa imensa orfandade espiritual.

O modo de se encarar a morte pode contribuir para melhor compreender os rituais que a acompanham e as suas formas de enfrentamento, haja vista que apesar de muitas dessas práticas e atitudes terem a sua origem na Idade Média, ainda hoje podemos ver suas manifestações (Kovács, 2003).

Até a era do progresso científico, os homens admitiam a continuação da vida após a morte e, ainda hoje, essas idéias continuam a constituir um fundo comum a todas as religiões antigas e ao cristianismo (Ariès, 1989). Percebe-se, ainda, que nas sociedades desenvolvidas, na medida em que os perigos que ameaçam as pessoas são mais previsíveis – a morte inclusive –, a demanda por poderes sobrenaturais diminui (Elias, 2001). Entretanto, o lidar com a morte e a angústia da finitude permanecem como condições a precariedade da existência humana tanto no passado quanto no presente.

Idéias da morte e dos seus rituais tornam-se um aspecto da sociedade que podem unir pessoas ou separar grupos. Como nos diz Gadamer (2006), não foi apenas o cortejo fúnebre que desapareceu da paisagem urbana, haja vista o processo de anonimização do morrer na contemporaneidade que, ao lado da perda de representação pública desse acontecimento, afasta doente e seus familiares de um ambiente doméstico e familiar. Nesse aspecto, Elias (2001) é enfático quando aponta modos de se lidar com a morte tais como: mitologizar o fim da vida com a idéia de uma outra vida, afastar a idéia de morte assumindo o ideal de imortalidade – que se percebe como forte tendência nas sociedades atuais –, e por fim, encará-la como inerente à nossa condição humana, um fato da nossa existência. Para o autor, o medo de morrer é, sobretudo, o medo da

perda e da destruição daquilo que é considerado significativo. Consideramos esses aspectos fundamentais para o seguimento dessa reflexão.

Segundo Macieira (2001), ao adoecer, o indivíduo não necessita apenas de médicos que avaliem os seus sintomas, mas busca, também, suporte emocional para o seu reequilíbrio frente a novos sentimentos despertados pelo sofrimento. Entretanto, o que se observa é um apelo nem sempre reconhecido. Para além da dor física, um apelo que envolve o sofrimento causado pelo diagnóstico ou pela expectativa deste, por fracassos no decorrer dos tratamentos, pela sensação de impotência, pelas tensões, angústias e medos sobre a evolução da doença.

Compreender a doença, suas representações culturais e estigmas parece ser indispensável, haja vista as associações diretamente ligadas a verdadeiras sentenças de morte que algumas doenças trazem. Nesse contexto percebemos que, entre os diversos aspectos vivenciados em uma situação de sofrimento, dor e vulnerabilidade, comumente atrelados ao adoecimento, o confronto com a possibilidade de morte é um dos principais focos de desequilíbrio emocional do paciente. Muitas vezes, esses sentimentos são mantidos em segredo ou interditados pela família, pela equipe de saúde ou pelo próprio paciente, chegando quase a ser proibido falar sobre a morte em um hospital. Em muitos casos, essa “pressão interna” pode causar reações, tais como insônia, falta de apetite, revolta, ansiedade excessiva ou humor deprimido, as quais tornam a vivência da hospitalização ainda mais atroz. Para melhor ilustrar o contexto ao qual estamos nos referindo, recorreremos ao relato e discussão de um caso clínico, decorrente do desenvolvimento de um projeto de pesquisa do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital do Câncer de Pernambuco.

Apresentação do caso

Chegou ao serviço de psicologia uma solicitação da equipe médica para acompanhar um paciente que, apesar de ainda não saber, havia recebido o diagnóstico de um câncer pulmonar em estágio avançado. Antes do contato com o paciente, alguns familiares relataram que o mesmo desconhecia o seu diagnóstico e demandavam-nos uma orientação: ‘contar ou não contar’. Os familiares presentes, esposa, filha e genro pareciam muito assustados, principalmente a esposa que chorava bastante e preferia não afastar-se do hospital. A filha parecia estar paralisada e olhava atentamente para o seu marido que relatava a situação. Claramente, toda a família denunciava o seu desespero frente à possibilidade de morte próxima do paciente.

No primeiro atendimento, de pronto, o paciente falou que sentia que algo não estava bem. Afinal, ele sempre teve uma ‘saúde de ferro’ e, de repente, após uma crise de asma, veio para o hospital e já estava lá há quase um mês. Para ele, o pior era ter a sensação de que estava atrapalhando toda a rotina da sua família que se desdobrava para permanecer unida nesse momento. Queixava-se do seu cansaço e falava devagar, o que tornava os atendimentos bem demorados.

Logo após este encontro, conversamos com os familiares e questionamos a organização familiar no acompanhamento ao paciente no hospital. Surpreendentemente, fomos informados que dormiam a esposa e a filha todas as noites no quarto com o paciente. O lugar não tinha conforto adequado e como todos os familiares estavam visivelmente cansados, o paciente demonstrava incômodo com a situação. Na medida em que estas questões foram discutidas, chegamos à conclusão de que seria melhor um revezamento para dormir, muito embora, durante o dia, o paciente recebesse visitas de amigos e netos, considerado, por ele, como o melhor momento do dia.

Durante um dos atendimentos, o paciente relatou um sonho. Ele estava em um trem, que andava muito rápido, porém não parava na estação em que estavam os seus familiares. No sonho, ficava muito angustiado porque via os familiares, mas não conseguia descer do trem para ficar com eles. E, apesar de não saber, a princípio, o que este sonho queria dizer, relatava que, talvez, tivesse a ver com a sensação que tinha de que o médico estava lhe escondendo alguma coisa. Não era possível que ele tivesse que ficar internado tanto tempo se não fosse algo grave.

Após o final de semana, percebemos no atendimento realizado que a esposa estava muito angustiada. Relatou-nos que o marido ficara agressivo, não queria comer e tinha brigado com os familiares porque sentia que estavam escondendo alguma coisa dele. Ela, repensando a sua forma de cuidar, achou que ocultar o diagnóstico parecia não estar sendo a estratégia adequada, razão pela qual a família resolveu convocar o médico para conversar com o paciente. Caracterizou a conversa como muito triste, tristeza que agora estendia-se ao marido que além de calado, mantinha a foto dos netos embaixo do travesseiro, alegando não querer mais dormir com medo de não acordar.

Em nosso contato com o paciente após o seu diagnóstico, ele só chorava e dizia: 'Eu não disse! Eu não disse!'. Foi necessário algum tempo para que ele começasse a falar do medo e da revolta que sentia; afinal, sempre tinha sido um bom marido, um pai exemplar e não se lembrava de nada que tivesse feito de ruim para alguém. Afirmava que Deus, naquele momento, estava sendo muito injusto com ele. Pediu-nos desculpas por estar chorando tanto, alegando que não agüentava mais chorar escondido enquanto as pessoas dormiam. Percebemos que era necessário intervir para permitir que essa família falasse abertamente sobre as suas preocupações e até mesmo chorar junto.

Com o agravamento do seu estado de saúde, necessitou ficar alguns dias na UTI. Já estava fazendo quimioterapia e o seu tratamento era considerado paliativo. Com a relativa melhora do seu quadro clínico, retornou para o quarto e, segundo as sugestões da equipe médica, a quimioterapia poderia ser realizada em casa. Essa situação despertou a vivência de um sentimento ambíguo: de felicidade por sair do hospital; e de insegurança porque caso não se sentisse bem, não teria os cuidados adequados; mesmo assim, o sentimento de felicidade por ir para casa parecia predominar também nos familiares.

Antes de sua alta hospitalar, o paciente relatou que o sonho do trem agora parecia – lhe fazer sentido. Estava claro que o sonho falava da dificuldade que ele e a família estavam tendo para se comunicar. Ele tinha plena consciência da gravidade da

sua doença e, apesar de revoltado com essa situação, se dizia mais calmo, pois sabia que a sua família estaria sempre por perto.

Quase duas semanas depois o paciente precisou retornar ao hospital e estava em pânico. Voltar significava uma reaproximação com a iminência de sua morte, sentimento compartilhado pela família que também demandava apoio e suporte psicológico. O paciente demonstrava ser muito culto, gostava de ler, de ouvir música e, costumeiramente, utilizava metáforas e dava risadas de si mesmo, dizendo-nos que, na sua profissão de advogado, estava acostumado a deixar as coisas ‘no ar’ e lamentava, naquele momento, não poder deixar ‘suas coisas’ no ar. Dessa vez, fez exigências à família e à organização hospitalar, solicitando permissão para ouvir música e deixar fotos dos netos em seu quarto, pois isto o ajudava a lembrar dos momentos em que era mais feliz e assim a família o fez.

Apesar de toda a gravidade da situação, falta de ar, desconforto e dor, havia um clima de serenidade. Retomou aspectos do seu antigo sonho, relatando-nos que agora parecia estar viajando junto com a família no trem. A paisagem continuava linda, mas ele sabia, no sonho, que em um determinado momento ele teria que continuar a viagem só. Como as suas metáforas, o sonho vinha repleto de significados e estava claro que a morte anunciada estava sendo compreendida. Contava histórias da sua vida com muito cuidado, fazia questão dos detalhes e a pediu para que sua esposa participasse das ‘nossas conversas’; era como se ele estivesse fazendo uma retrospectiva da sua vida. Do mesmo modo, essas conversas foram sendo compartilhadas pelos filhos e netos.

O agravamento do seu quadro clínico era sinalizado pelo cansaço e dificuldade para falar e, nesse momento, pedia para que os outros contassem histórias para ele ouvir. Uma das suas últimas ‘exigências’ foi que a família sempre ficasse no quarto conversando, mesmo quando ele estivesse dormindo, para que ele não tivesse a sensação de que estava só. E assim foi até o seu último dia. Mesmo inconsciente pela medicação, a família continuava a conversar no quarto e a foto dos seus netos continuava embaixo do seu travesseiro.

A arte da compreensão e a ética do humano

Todas as formas de adoecimento nos parecem momentos preparatórios para a morte. Cada faceta envolvida neste processo deve ser entendida como uma situação que pede interpretação e apela por um sentido. São momentos de desamparo, pois são acompanhados por especialistas que observam, registram, ministram remédios, injetam, perfuram, invadem, desnudam..., mas não conseguem esgotar o sentido do momento, pois este não está à disposição apenas da objetividade e de atitudes taxométricas.

A técnica da medicina seduz, sobretudo quando o paciente está com a sua vida posta em questão. Nas palavras de Gadamer (2006), a vivência de uma situação crítica coage o paciente a considerar os meios mágicos da ciência moderna como tudo o que resta e, diante disto, esquece que para além de uma aplicação que requer responsabilidades e exigências, possui as mais amplas dimensões humanas e sociais.

Nessa perspectiva, a arte da compreensão, que lida com o incompreensível e com a compreensão da imprevisibilidade da vida recebe o nome de hermenêutica.

Na perspectiva desse autor, seguramente, a arte da compreensão desempenha papel importante em diversas áreas do saber, principalmente, “quando a simples aplicação de regras não basta, e isso é válido para toda a esfera da vida e de experiência do convívio humano” (p. 167). Apenas um olhar desprovido de pretensões é capaz de “ver” o que o olho do especialista não vê, aliás, muitas vezes não quer ver. Todos os profissionais de saúde que estão diretamente envolvidos em uma relação de cuidar do paciente, devem aprender a assumir uma nova forma de relacionamento. Enquanto exigência com a ética do humano, pedir permissão para entrar na situação existencial e de desamparo do outro. À medida que compartilhamos as nossas situações existenciais de desamparo, de aparente falta de sentido e de finitude, nos permitimos um encontro de dois seres humanos na vivência de um acontecimento profundamente humano, é o verdadeiro compartilhar do nosso modo de ser.

A sustentação (ou *holding*) é entendida como um cuidado básico proporcionado pela mãe ao seu bebê, cuja falta, leva à vivência de ansiedades terríveis, tais como a sensação de espedaçar-se ou morrer. Encontrar sustentação significa poder transformar esses sentimentos ‘terríveis’ em experiências positivas em que a desintegração transforma-se em relaxamento e o morrer transforma-se em uma boa sensação de estar vivo. A sustentação é viável, na medida em que proporciona ao indivíduo confiança na realidade e nos contatos humanos, sendo representado na clínica pelo *setting* e pela atitude atenta do psicólogo (Safra, 1995).

No caso de um processo de adoecimento, parece-nos válido fazer analogias com a ansiedade vivida pelo bebê frente à ausência da mãe; o adoecer conduz o paciente a uma perda de contornos que lhe são familiares (mudanças decorrentes da doença e da hospitalização) e que demandam por uma ação profissional que acolha os sentimentos decorrentes dessa perda e que ofereça uma morada (*ethos*) para que o paciente se situe.

Não lidamos com máquinas que por algum motivo quebram e precisam de conserto. Nosso trato é com humanos, levando em consideração a sua subjetividade e singularidade. Com o adoecimento, o paciente pode precisar de ‘algo a mais’, entendido aqui simplesmente como cuidar, estar junto e a disposição de. No caso citado anteriormente, essas questões aparecem de maneira clara. O paciente parecia assustado e impactado diante do anúncio da possibilidade próxima da sua morte e precisou do apoio e envolvimento de outros humanos para a vivência dessa experiência fosse menos dolorida.

A assistência psicológica estende-se a pacientes, familiares e também a toda a equipe envolvida no processo de cuidar. Recorremos a Winnicott (1999) para melhor entender esse aspecto que, diferentemente de outros teóricos, considera a capacidade de se envolver como uma manifestação de saúde. Além de uma importante característica social, o envolvimento implica diretamente maior integração e crescimento na medida em que se relaciona de modo positivo com o fato de o indivíduo importar-se ou preocupar-se, demonstrando certo senso de responsabilidade consigo mesmo e com o outro. Importa abordar o fato de que, a maioria dos processos psíquicos e emocionais,

apesar de serem iniciados nos primeiros meses de vida, nunca se estabelecem completamente e continuam prosseguindo em todas as etapas da vida mantendo uma estreita relação com o ambiente externo.

O sofrimento emocional causado pelo adoecimento repercute, na maioria das vezes, em uma intensa sensação de desalojamento que demanda a necessidade de um ambiente protetor que possa proporcionar estabilidade e acolhimento, sendo continente na medida em que se propõe à escuta desse sofrimento.

Ainda a esse respeito, o conceito de *placement*, proposto inicialmente por Winnicott, nos parece bastante adequado na medida em que se dispõe a oferecer fundamentalmente um “lugar” de sustentação para a pessoa que sofre. Segundo Safra (2006), enquanto modalidade de intervenção, busca-se a possibilidade de colocar o indivíduo em uma situação que possa dar contorno as suas necessidades, antes satisfeitas no seu ‘lugar’ originário. Vale salientar que não se trata de favorecer uma experiência emocional corretiva, mas de possibilitar uma nova forma de se posicionar frente ao ocorrido. Para isso, se faz necessário um diagnóstico rigoroso acerca das reais necessidades do paciente naquele momento, levando em consideração a sua singularidade e todo o contexto em que está inserido.

Para além de um modelo de intervenção clínica, o *placement* é permeado pelo encontro entre humanos (Safra, 2006) e, no caso do confronto humano com as adversidades da vida e principalmente em relação a sua condição de finitude, a sustentação parece apenas ser doada através da relação com o outro. No caso do psicólogo, nada mais que um gesto ético que possa proporcionar um horizonte possível enquanto ‘sentidos’ são criados ou re-significados.

No percurso da vida, determinadas situações, como é o caso do adoecimento e da iminência de morte, produzem verdadeiras rupturas, como dito por Safra (2004), rupturas no seu ethos, na sua morada. Ao ser humano é dada a possibilidade de existir em um mundo paradoxal: ‘estar’ para nascer, ‘estar’ para morrer; ‘estar’ ao encontro, ‘estar’ ao desencontro. O adoecimento e a hospitalização retiram o indivíduo do ‘seu’ lugar de segurança trazendo a iminência de rupturas traumáticas e a morte escancarada intensifica a vivência desses sofrimentos.

Em sua essência, as contribuições advindas do *placement* nos fazem pensar sobre a importância de, em detrimento a uma clínica da técnica, possamos propor e problematizar uma clínica de rigor, mas com o foco na ética e não apenas em uma teoria. Afinal, como dito por Figueiredo (1995) resgatar a dimensão ética na clínica implica englobar considerações acerca das metas da própria ação humana e, pensar a clínica nessa perspectiva, implica refletir sobre o uso da técnica apenas para mera adequação dos meios a fins.

A experiência do adoecimento é extremamente rica de sentido e revela a sua capacidade de realizar uma espécie de redução fenomenológica da situação de crise, des-armando, des-pre-ocupando para ocupar-se com o que interessa e realmente está presente no aqui e agora, pedindo espaços de amparo onde o abdicar de si implica em abrir-se para outro. A morte só tem a última palavra quando a entregamos ao poder da palavra última. Deve ser falada, dita por nós. Somos nós que morremos, a nossa palavra levamos conosco e, ao mesmo tempo, a deixamos com aqueles dos quais nos despedimos, com saudade.

Referências

- Ariès, P. (1989). *O homem diante da morte*. (L. Ribeiro, Trad.) Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Bauman, Z. (2007). *Tempos líquidos* (C. A. Medeiros, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Boff, L. (1999). *Ética da vida*. Brasília: Letraviva.
- Bruscato, W. L. (2004). A psicologia no hospital da misericórdia: um modelo de atuação. Em W.L. Bruscato, C. Benedetti & S.R.A. Lopes (Orgs.), *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas de uma antiga história* (pp. 17-31). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dworkin, R. W. (2007). *Felicidade artificial: o lado negro da nova classe feliz*. (P. A. S. Barbosa, Trad.). São Paulo: Editora Planeta do Brasil.
- Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos, seguido de envelhecer e morrer* (P. Dentzien, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Ferry, L. (1997). *O homem-deus: ou o sentido da vida*. Lisboa: Edições ASA.
- Ferry, L. (2007). *Aprender a viver: filosofia para novos tempos*. (V. L. dos Reis, Trad.). Rio de Janeiro: Objetiva.
- Figueiredo, L. C. M. (1995). *Da epistemologia à ética nas práticas e discursos psicológicos*. São Paulo: Vozes.
- Gadamer, H-G. (2006). *O caráter oculto da saúde*. (A. L. Costa, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Haour, B. (2006). Dar sentido a la vida. Em: R. Antoncich, M.D. Mateos, G. Gamio, B. Haour, B. Romá, V. Santuc & A. Simons (Orgs.), *Cuidar de lo humano: buscando un sentido a la vida* (pp. 43-56). Peru: Fondo Editorial Universidad Antónnio Ruiz de Montoya.
- Ismael, S. M. C. (2005). A inserção do psicólogo no contexto hospitalar. Em: S.M.C. Ismael (Org.), *A prática psicológica e sua interface com as doenças* (pp. 17-35). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kehl, M. R. (2002). *Sobre ética e psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Kovács, M. J. (2003). *Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação*. São Paulo. Casa do Psicólogo: Fapesp.
- Macieira, R. C. (2001). *O sentido da vida na experiência de morte: uma visão transpessoal em psico-oncologia*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Melman, C (2003). *O homem sem gravidade: gozar a qualquer preço*; Entrevistas por Jean-Pierre Lebrun (S. R. Felgueiras, Trad.). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Safra, G. (1995). *Momentos mutativos em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Safra, G. (2004). *A pó-ética na clínica contemporânea*. Aparecida, SP: Idéias & Letras.
- Safra, G (2006). Placement: modelo clínico para o acompanhamento terapêutico. *Psychê*, 18, 13-20.
- Simons, A. (2006). El ser humano como pregunta. Em: R. Antoncich, M.D. Mateos, G. Gamio, B. Haour, B. Romá, V. Santuc & A. Simons (Orgs.), *Cuidar de lo humano: buscando un sentido a la vida* (pp. 9-21). Peru: Fondo Editorial Universidad Antónnio Ruiz de Montoya.

Schwartz, M. S. (2005). *Lições sobre amar e viver: reflexões do professor da última grande lição*. (W. Barcellos, Trad.). Rio de Janeiro: Sextante.

Winnicott, D. W. (1999). *Privação e delinquência*. (3ª ed.). (Á.Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Recebido em outubro de 2007

Aceito em janeiro de 2008

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa: psicólogo, especialista em Psicologia Hospitalar (Santa Casa de São Paulo); bolsista (PROSUP/CAPES) do Mestrado em Psicologia Clínica (Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP).

Ana Lúcia Francisco: psicóloga, doutora em Psicologia Clínica (PUC/SP), docente da graduação e pós-graduação do departamento de Psicologia da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP).

Karl Heinz Effen: filósofo, teólogo, mestre e doutor em Filosofia (UFPE), docente da graduação do departamento de filosofia e do Mestrado em Psicologia Clínica (Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP).

Endereço para correspondência: lnfbpsi@uol.com.br