

**CUIDADOS PALIATIVOS E SER-PARA-A-MORTE: REFLEXÕES SOBRE UM  
ATENDIMENTO PSICOLÓGICO**

Anna Valeska Procópio de Moura

Willian Bouguereau, *O Dia da morte* (1859)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**CUIDADOS PALIATIVOS E SER-PARA-A-MORTE: REFLEXÕES  
SOBRE UM ATENDIMENTO PSICOLÓGICO**

Anna Valeska Procópio de Moura

NATAL  
2012

ANNA VALESKA PROCÓPIO DE MOURA

**CUIDADOS PALIATIVOS E SER-PARA-A-MORTE: REFLEXÕES SOBRE UM  
ATENDIMENTO PSICOLÓGICO**

Dissertação elaborada sob a orientação da Professora. Dra. Elza Dutra e apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

NATAL  
2012

Catálogo da Publicação na Fonte.  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte.  
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA).

Mendonça, Anna Valeska Procopio de Moura.

Cuidados paliativos e Ser-Para-a-Morte: reflexões sobre um atendimento psicológico / Anna Valeska Procopio de Moura Mendonça. – 2012.  
104 f. -

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Natal, 2012.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elza Dutra.

1. Morte – Aspectos psicológicos. 2. Cuidados paliativos – Aspectos psicológicos. 3. Psicologia clínica da saúde. I. Dutra, Elza. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BSE-CCHLA

CDU 159.9:393

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

A dissertação “Cuidados paliativos e ser-para-a-morte: reflexões sobre um atendimento psicológico”, elaborada por Anna Valeska Procópio de Moura, foi considerada APROVADA por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA.

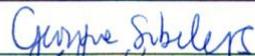
Natal (RN), 03 de dezembro de 2012

BANCA EXAMINADORA

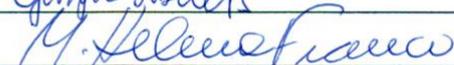
Profa. Dra. Elza Dutra

  
\_\_\_\_\_

Profa. Dra. Georgia Sibeles N. Silva

  
\_\_\_\_\_

Profa. Dra. Maria Helena P. Franco

  
\_\_\_\_\_

*Tu tens um medo:  
Acabar.  
Não vês que acabas todo o dia.  
Que morres no amor.  
Na tristeza.  
Na dúvida.  
No desejo.  
Que te renovas todo o dia.  
No amor.  
Na tristeza.  
Na dúvida.  
No desejo.  
Que és sempre outro.  
Que és sempre o mesmo.  
Que morrerás por idades imensas.  
Até não teres medo de morrer.  
E então serás eterno...*

*Cecília Meireles*

## AGRADECIMENTOS

Registro, aqui, uma palavra de reconhecimento a todos que, direta ou indiretamente contribuíram para elaboração deste trabalho. Destaco a participação fundamental da professora Dra. Elza Dutra, minha orientadora, que permitiu o desvelamento da construção dessa aprendizagem.

Posso dizer que foi um longo tempo para a concretização de uma realização pessoal e profissional: o mestrado. Muito mais do que um processo seletivo, a sensação experimentada foi a de um convite para um baile de reflexões, desconstruções e enriquecimento no campo da subjetividade.

De lá para cá, os comentários dessa experiência só me fizeram ter a certeza da escolha. É preciso afirmar que, nessa trajetória, não faltou à confiança e a paciência às orientações que recebi durante todo este trabalho. Claro que há outros corresponsáveis neste percurso que inspiraram os escritos e diálogos expostos nesse trabalho. Amigos, colegas, profissionais e principalmente familiares marcaram a trajetória sublime desta pós-graduação.

É imprescindível, pois, acrescentar que as grandes empreitadas não se medem, apenas, pelo teor das formações conceituais. Elas crescem, também, na medida em que indicam novos caminhos e outras jornadas.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b>	Vii
<b>ABSTRACT</b>	Viii
<b>INTRODUÇÃO</b>	09
<b>1. SIGNIFICADOS DA MORTE NA HISTÓRIA: UM BREVE RELATO</b>	16
1.1 História da morte ao longo dos tempos	16
1.2 Desenvolvimento da tanatologia no mundo	21
1.3 Atitudes diante do processo de morte na cultura ocidental	25
<b>2. CUIDADOS PALIATIVOS</b>	30
2.1 Desenvolvimento dos cuidados paliativos e <i>hospices</i>	30
2.2 Conceito, princípios e filosofia dos cuidados paliativos	34
2.3 Os cuidados paliativos no cenário brasileiro	38
<b>3. SER-PARA-A-MORTE NA FENOMENOLOGIA HERMENÊUTICA HEIDEGGERIANA</b>	45
<b>4. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA</b>	51
4.1 Considerações sobre a pesquisa fenomenologia	51
4.2 Apontamentos sobre o método clínico na pesquisa: construção e análise dos dados	54
4.3 Procedimentos	58
4.3.1 Colaborador-paciente	58
4.3.2 Período	59
4.3.3 Coleta de dados	59
4.3.4 Análise de dados	60
4.3.5 Cuidados éticos	61
<b>5. COMPREENDENDO O SER-PARA-A-MORTE</b>	62
5.1 Relatos de uma experiência	62
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	89
<b>7. REFERÊNCIAS</b>	96

## RESUMO

A morte é um tema que fascina, mas que ao mesmo tempo assusta e inquieta o ser humano, embora a finitude esteja sempre presente no nosso dia-a-dia. Em cada tempo histórico, a morte foi representada de modo peculiar, desde a morte familiar, na Idade Média, à morte interdita, na contemporaneidade. Nesse percurso, são reconhecidas as diversas atitudes e estágios diante da morte e o processo de morrer como possibilidades de enfrentamento e compreensão destas ocorrências. Por outro lado, a proposta de cuidados paliativos surgiu como uma atenção humanizada diante da finitude humana, reconhecendo a morte como parte do ciclo vital. A realidade brasileira, nesse contexto, ainda vivencia muitos entraves políticos, econômicos e sociais que dificultam a consolidação dos cuidados paliativos perante o processo de morrer na política da Saúde Brasileira. Atualmente, segundo a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, o Brasil apresenta, em média, 40 serviços com essa proposta. Tais dados retratam a nossa condição inexpressiva, em relação a esses cuidados, se levarmos em consideração a extensão territorial e a população do nosso país. Diante desse cenário é pertinente refletir acerca da morte e o processo de morrer na contemporaneidade, num contexto de saúde em que os cuidados paliativos, ao tentarem humanizar o processo de morrer, trazem à tona a questão da finitude humana e o ser-para-morte, tal como pensado pelo filósofo Martin Heidegger. Segundo este, o ser humano, *Dasein*, se constitui como um ser-para-morte, uma vez que a morte é o seu poder-ser mais próprio e a sua última possibilidade a ser vivida. Em face das ideias apresentadas, o estudo proposto configura-se como uma pesquisa qualitativa de inspiração fenomenológico-existencial e tem como objetivo *compreender a vivência de ser-para-a-morte a partir do atendimento psicológico a uma pessoa fora de possibilidades de cura vivenciando os cuidados paliativos*. O atendimento psicológico foi desenvolvido em domicílio a um paciente que se encontrava nessas condições, compreendendo o processo clínico de ser-com-o-outro a partir dos relatos escritos da psicóloga/pesquisadora, por meio das sessões de acompanhamento, configurando-se como relato de experiência. Estes focalizam a experiência vivida pelo paciente, tal como apreendida pela psicóloga na relação de intersubjetividades e a sua própria experiência como *Dasein* e, portanto, ser-para-a-morte. Os relatos foram interpretados hermeneuticamente, a partir dos sentidos que emergiram nesse processo, considerando a noção de ser-para-a-morte proposta por Heidegger. Além disso, foi importante dialogar com os outros autores que abordam a temática estudada. Pode-se perceber, através de breves e significativas reflexões acerca dos atendimentos clínicos iniciados, que a vivência da doença sem possibilidades de cura proporciona ao *Dasein* reverem sentimentos e vivências marcados na temporalidade e historicidade da existência. É um estágio da vida em que a dimensão cultural e do senso comum da finitude, muitas vezes, ganha espaço na condição humana, tomada no seu sentido vulgar, diferentemente da forma como tem sido pensada numa perspectiva ontológica e existencial da morte. Portanto, há percursos singulares e reveladores no cenário da assistência em cuidados paliativos como caminhos possíveis para a autenticidade de ser-para-a-morte.

Palavras-chave: Ser-para-a-morte; Heidegger; Cuidados Paliativos; Clínica fenomenológica, Pesquisa Fenomenológica.

## ABSTRACT

Death is a theme that fascinates, though at the same time, frightens and uneasy the human being, despite the finitude being present at our daily lives. In each historical time, death has been represented in a peculiar way, from familiar death (at Middle Ages), to interdicted death (at contemporary times). Through this path it's possible to recognize several attitudes and stages front of death and the process of dying as possibilities of coping and the understanding of these occurrences. In other hand, the palliative care proposal came as a humanized attention, front of the human finitude, recognizing death as a part of the vital cycle. The Brazilian reality, in this context, still faces a lot of political, economic and social barriers that makes difficult the consolidation of palliative care at the death process in the Brazilian Health Care policies. Currently, according to the Brazilian Palliative Care Association, Brazil presents an average of 40 services with this proposal. Such data portray our inexpressive condition in relation to these cares when considering the territorial extension and population of our country. Considering this scenario is relevant think about death and the process of dying at contemporary times, at a health context in which palliative care, when trying to humanize the process of dying, bring to light the issue of human finitude and the being-towards-death, as thought by the philosopher Martin Heidegger. According to him, the human being (*Dasein*) is constituted as a being-towards-death, once death is its most own potentiality-for-bein and its last possibility to be lived. In view of the ideas presented, the proposed study appears as a qualitative research of existential-phenomenological inspiration and aims to understand the experience of being-toward-death from the psychological care to a person out of possibilities of cure living on palliative cares. The psychological care happened at the patient's home, understanding the clinical process of being-with-the-other from the written reports of the psychology/researcher, by the accompanying sessions, configured as an experience report. These reports are focused on the experiences lived by the patient, as well as apprehended by the psychologist at the intersubjectivity relation and its own experience with *Dasein* and, therefore, being-toward-death. The reports were hermeneutically interpreted, from the senses that emerged in this process, considering the notion of being-toward-death proposed by Heidegger. Furthermore, it was important to dialogue with other authors that approached the studied theme. It is perceived, through brief and meaningful reflections about the clinical treatments started, that the experience of illness with no possibilities of cure makes the *Dasein* revises feelings and experiences that were marked at the temporality and historicity of existence. It is a stage of life in which the cultural dimension and the common sense of finitude, often gains ground in the human condition, taken in its ordinary sense, unlike the way it has been thought from an ontological and existential perspective of death. Thus, there are singulars and revealing paths in the palliative care scenery as possible ways for authenticity of being-toward-death.

**Keywords:** being-towards-death; Heidegger; palliative care; phenomenological clinic; phenomenological research.

## INTRODUÇÃO

*É impossível conhecer o homem sem lhe estudar a morte, porque, talvez, mais do que na vida, é na morte que o homem se revela. É nas atitudes e crenças perante a morte que o homem exprime o que a vida tem de mais fundamental.*

(Edgar Morin, 1988, p.32)

A morte sempre exerceu e ainda exerce grande fascínio, por mais familiar que seja. A incerteza do que não conhecemos gera medo e expectativas que afetam a nossa maneira de ser e estar no mundo. Este sentimento desafiou e continua a desafiar as mais variadas culturas. Percebe-se que de um modo ou de outro existe uma demarcação entre a vida e a morte. Seja pelos rituais, seja pelo comportamento perante a dúvida e a insegurança que a morte desvela.

Segundo Kovács (1992), a morte sempre esteve presente no nosso dia-a-dia. Entretanto, o homem busca a imortalidade considerando a morte como a maior inimiga, a qual precisa ser desbravada. A morte mostra-se como um acontecimento que desencadeia medo, pavor, mesmo compreendendo que os progressos da Medicina e da tecnologia permitem muitas vezes prolongar a vida. Segundo a autora, o que mudou foi a maneira de lidar e conviver com a morte e com o processo de morrer.

A literatura destaca que ao longo da história da humanidade a morte, mesmo fazendo parte do desenvolvimento humano, inquieta e afeta os modos de vida. Várias indagações permeiam a mente humana e desvelam interrogações através da arte, filosofia, religião, poesia, música e outros caminhos do conhecimento. Por isso quando a morte se aproxima, o medo se mostra e os dias finais muitas vezes são marcados pelo sofrimento (Ariès,1977; Boemer,1986; Caputo, 2008; Cassorla,1991; Carvalho 1996; Elias,1990; Franco, 2008;

Jaramillo, 2006; Kastenbaum & Aisenber,1983; Kubler-Ross, 1998; Kovács, 2003, 2005; Rodrigues, 2006; Silva, 2006).

Percebe-se, assim, que questões relativas à morte e ao morrer sempre foram preocupações para a humanidade em todas as culturas ao longo dos tempos. Mesmo assim, em cada tempo e em cada lugar predominam as lacunas de nossas pretensões na busca por compreensões da finitude humana. Portanto, são sempre reveladoras as possíveis reflexões acerca do desfazimento da vida como tentativa de abrandar nossas inquietações na condição de ser-para-a-morte.

Na Ontologia heideggeriana a morte é o fenômeno da própria existência e não o fim dela. O ser-para-a-morte configura-se como a possibilidade autêntica do ser-aí, *Dasein*. Este ser-aí é o homem e o mundo ao mesmo tempo, em sua realidade finita e imediata, entregue ao seu destino, como explicita Heidegger (1927/2005):

O "ser-aí" é um ente que não é simplesmente dado como um ente entre outros. Ao contrário, ele se caracteriza onticamente pelo fato de que em seu ser há questão deste ser. Pertence, pois à constituição do ser do ser-aí que aja em seu ser uma relação de ser ao seu ser. O que, por sua vez, quer dizer: o ser-aí se compreende sempre de alguma maneira e mais ou menos explicitamente no seu ser. É característico desse ente que com seu ser e pelo seu ser, este ser lhe seja aberto (revelado). *A compreensão do ser é ela mesma uma determinação do ser do ser-aí.* O caráter ôntico próprio do ser-aí resulta de que o ser-aí é ontológico (p. 12).

O hospital, na contemporaneidade, é o local por excelência da morte. A própria história retrata essa condição, ou seja, perdeu seu espaço familiar, como acontecia na Idade Média e ingressa nas instituições de saúde através dos bastidores, já que nos tempos atuais é considerada uma vergonha, um tabu. Nesta perspectiva, é pertinente se pensar como são

desenvolvidos os cuidados perante finitude humana nesse cenário, já que a morte é interdita na sociedade atual, como relembra Ariès (1977):

A morte recuou e deixou a casa pelo hospital; está ausente do mundo familiar de cada dia. O homem de hoje, por não vê-la com muita frequência e muito de perto, a esqueceu; ela se tornou selvagem e, apesar do aparato científico que a reveste, perturba mais o hospital, lugar de razão e técnica, que o quarto da casa, lugar dos hábitos da vida quotidiana (p.171).

Nesse caminho, a proposta dos cuidados paliativos configura-se como uma atenção a todos os pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a continuidade da vida com o objetivo de oferecer qualidade de vida ao paciente e à família respeitando os aspectos sociais, físicos, psicológicos e espirituais.

De acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Ministério da Saúde, na cultura ocidental há uma visão dominante da cura como principal objetivo dos serviços de saúde. Assim, a incurabilidade e a realidade inevitável da morte são quase consideradas como fracasso da medicina. Nesse sentido, corriqueiramente não sustenta mais a atenção do cuidado, do acolhimento e das despedidas.

Foi a partir da minha experiência profissional, como psicóloga da saúde-hospitalar em hospitais da cidade do Natal/RN, capital do Estado do Rio Grande do Norte, no período entre 2008 a 2011, que se acentuaram as minhas inquietações sobre os desfazimentos da vida. As atitudes, os comportamentos e os próprios sentimentos perante a morte do outro levantaram vários questionamentos para o modo de ser-aí num mundo em que, muitas vezes, é negada a última possibilidade do *Dasein*, como já dizia Martin Heidegger (1927/2005). Este filósofo pensa que o *Dasein* compreende de modo inautêntico nossa condição de terminalidade, esquivando-se da facticidade e do ser-para-morte.

Nas minhas vivências, mencionadas acima, foi possível experimentar o modo como lidamos com a morte do outro quando, de fato, pude acompanhar várias crianças, adolescentes e adultos em seus momentos finais de vida. Como descrevia Heidegger (1927/2005): “não fazemos a experiência da morte dos outros. No máximo, estamos apenas junto” (p.19).

Estar-com-o-outro nesse contexto é poder compreender que por mais que tenhamos estudos e pesquisas acerca da temática, nada generaliza a condição peculiar desse processo. E aí que mora minha indagação. A cada estar-junto é possível vislumbrar outras trilhas e caminhos, ainda não pensados, ainda não revelados. Reconheço a grandiosidade da literatura acerca da finitude humana, mas percebi, por meio das leituras e da prática nessa assistência, o eterno desafio na estrada da vida para com os desenlaces da existência humana.

Diante das nossas limitações e inquietações emergem algumas questões problematizadoras tais como: Como é a vivência de ser-para-a-morte em contexto de cuidados paliativos? Quais os significados que permeiam a existência humana nesse cenário? Quais os sentidos que desvelam a possibilidade da concretude da morte? Há um reconhecimento de nossa condição ontológica da finitude?

A partir de tais questionamentos, o estudo aqui apresentado teve como objetivo geral *compreender a vivência do ser-para-a-morte a partir do atendimento psicológico a uma pessoa fora de possibilidades de cura vivenciando os cuidados paliativos.*

Os cuidados paliativos possibilitam a reafirmação da nossa finitude nos embargos da vida ao considerar a morte como comprometimento para se pensar a existência. Há, de fato, uma atenção na busca pela qualidade de vida do paciente e seus familiares aliviando a dor e o sofrimento. Para tal proposta, os profissionais necessitam dedicar um olhar e uma sensibilidade para as questões de ordem psicológica, físicas e espirituais.

É notória a relevância de trabalhos que possam desenvolver estratégias e estudos relacionados aos cuidados paliativos no Brasil, já que a nossa realidade brasileira aponta a

necessidade de uma maior consolidação desses cuidados na Política de Saúde Pública. São muitos os entraves políticos, econômicos e sociais que abrangem esse cenário. Só para se ter uma ideia, o Brasil, atualmente, segundo a Associação Brasileira de Cuidado Paliativos, apresenta, em média, 40 serviços estruturados nessa proposta. É incipiente, se levar em consideração a extensão territorial e número populacional em nosso País. Como destaca Menezes (2004): “os cuidados paliativos apresentam-se assim como signo de um processo de mudança cultural muito mais amplo e de contornos ainda mal definidos” (p.13).

É significativo destacar que vivenciar a proposta em cuidados paliativos inclui todas as pessoas com doenças crônicas sem resposta à terapêutica de intuito curativo e com prognóstico de vida limitado, sendo todas candidatas a Cuidados Paliativos. Inicialmente, este tipo de Cuidados destinava-se apenas aos doentes com cancro, nos estágios terminais da doença. Com o desenvolvimento crescente da palição, o âmbito da prestação de Cuidados Paliativos ampliou-se para as situações como as insuficiências avançadas de órgão, as doenças neurológicas degenerativas, as demências na sua fase final, entre outras, que passaram a figurar no vasto leque das patologias (Ministério da Saúde, 2011).

De acordo com o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), do Ministério da Saúde (2011), do total de óbitos registrados em 2009 por todas as causas (cerca de um milhão de mortes), 742.779 ocorreram por Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Estas representam 72% dos óbitos no Brasil e configuram-se como a principal causa de mortalidade no país. Dentre as mortes por DCNT, 80,7% foram provocadas por doenças cardiovasculares, câncer, doença respiratória crônica e diabetes. O Plano objetiva preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

É salutar reconhecer que se trata de um desafio na saúde pública que muitas vezes desconsidera a dimensão humana nos momentos finais da vida. Nesse caminho de lutas e desafios, a pesquisa em questão mostra-se relevante por abordar a temática dos cuidados paliativos e a dimensão da finitude humana em contexto crescente e apelativo para possíveis consolidações dessa prática de assistência, ou melhor, de cuidado. Nesse propósito, a pesquisa apresentada buscou a profundidade e intensidade do fenômeno destacado com o intuito de revelar os sentidos atribuídos pelo sujeito a sua experiência de vida, nesse caso, a possibilidade da morte, configurando-se, assim, como uma pesquisa qualitativa de respaldo fenomenológico. A fenomenologia norteia os passos do estudo em questão, com o propósito de desvelar o fenômeno. Segundo Heidegger (1927/2005), a fenomenologia se preocupa com o ser-no-mundo e os sentidos implicados na condição do *Dasein*.

A dissertação apresentada está dividida em quatro capítulos teóricos e um capítulo acerca do relato da experiência narrada, ou seja, os resultados da pesquisa.

O capítulo 1 apresenta uma breve história acerca da morte, revelando algumas considerações sobre a Tanatologia e atitudes diante do processo de morrer na cultura Ocidental. O capítulo 2 aborda os cuidados paliativos destacando seu conceito, princípios e filosofia. Nesse mesmo capítulo também é apresentado as possíveis reflexões acerca da morte e o morrer no campo da saúde, pensando, assim, os cuidados paliativos no cenário brasileiro. Já o terceiro capítulo apresenta o ser-para-a-morte na fenomenologia heideggeriana, revelando a ontologia da finitude, a temporalidade e a historicidade. O capítulo 4 versa sobre a metodologia qualitativa de respaldo fenomenológico-existencial, amparado pela ontologia heideggeriana que norteou os passos da pesquisa em questão. Nesse sentido, discorre sobre a fenomenologia heideggeriana entendendo o *ser-aí ou Dasein* a partir de sua experiência narrada e nestas condições o pesquisador faz parte dessa vivência. Há, portanto um compartilhamento de sentidos que emergem através da narrativa, como destaca Dutra (2002).

O capítulo 5 apresenta as reflexões suscitadas da prática psicológica de pesquisa, através do relato de experiência.

Portanto, com o propósito de que a leitura desse trabalho estimule à sensibilidade para pensar esse fenômeno, espera-se que esse estudo possa contribuir para reflexões significativas, ampliando e fortalecendo os laços entre os profissionais e pesquisadores que lutam para que as pessoas, em processo de morte, tenham melhores condições de viver, dignamente, seus últimos dias de vida.

## 1. SIGNIFICADOS DA MORTE NA HISTÓRIA: UM BREVE RELATO

### 1.1 História da morte ao longo dos tempos

*Estranhamente, a morte e o amor caminham juntos... Você não pode amar sem morrer a cada dia para a sua memória. É impossível abraçar alguém sem que a morte esteja presente. Onde está o amor, ali está também a morte.*

*Krishnamurti*

Percebe-se que a morte e o processo de morrer sempre foram inquietações para a humanidade ao longo da história. DeSpelder e Strickland (2001) retratam que profissionais arqueólogos já registraram evidências desde a época dos neandertais (aproximadamente 150.000 anos) de objetos de pedra e comidas que foram enterrados junto com o morto. Registros, também, da idade de bronze de tributo aos mortos com flores nos locais do enterro. Existia o ritual de pintar o corpo do falecido de vermelho ocre e colocado em uma postura fetal buscando assim o renascimento. Há, portanto, segundo Santos (2009), uma compreensão de uma revitalização da vida para o homem primitivo, como comenta Morin (1988):

Nas consciências arcaicas em que as experiências elementares do mundo são as das metamorfoses, das desapareições e das reaparições, das transmutações, toda morte anuncia um renascimento, todo nascimento provém de uma morte - e o ciclo da vida humana inscreve-se nos ciclos naturais de morte-renascimento (p.103).

Nesse caminho de pensamento a morte era uma questão central para a cultura egípcia. Os egípcios da Antiguidade desenvolveram um sistema como pirâmides, tumbas, múmias, objetos mortuários, escritos funerários e o Livro dos Mortos, refletindo certa postura otimista

diante da morte e do morrer. O Livro dos Mortos apresentava as linhas mestras de um amplo sistema mortuário que muitas vezes expressava as prescrições para as práticas fúnebres. Esse sistema destinava-se a ensinar os indivíduos a pensar, sentir e agir em relação à morte, de maneira considerada apropriada e eficiente. Havia uma preocupação com o pós-morte, com a transcendência (Kastenbaum & Aisenberg, 1983; Rodrigues, 2006; Santos, 2009). Essa transcendência está contida, muitas vezes, na mitologia, como modo de explicação da finitude humana. Desse modo, os egípcios davam grande ênfase à sobrevivência do corpo. Quando ocorria a morte, acreditava-se que o ka (a personalidade espiritual ) e o ba (a alma verdadeira), partiam. Os egípcios acreditavam que era preciso preservar o corpo para que os espíritos dos mortos pudessem habitá-los em tempos futuros (Santos, 2009).

Kastenbaum e Aisenberg (1983) destacam que o fato mais significativo acerca das atitudes dos egípcios em relação à morte é a importância do julgamento final, ou seja, a morte era considerada punição de Deus para o homem. Desse modo, Santos (2009) retrata:

Esse será o primeiro tipo de medo que o homem desenvolverá com relação à morte, ou seja, o medo da pós-vida e que está associado ao medo do castigo e rejeição quando relacionado com a própria morte ou o medo da retaliação e/ou perda de relacionamento quando associado com a morte de outros (p.16).

No decorrer do desenvolvimento da civilização Ocidental, aparecerão outros tipos de medos, além do medo do julgamento já descrito. No início da Idade Média (séc. V ao séc. XII) a morte era encarada como acontecimento domado. Nesse momento histórico não se morria sem ter tido tempo de saber que essa possibilidade iria ocorrer, caso contrário era considerada uma morte terrível. Havia certa intimidade entre o morrer e o dia-a-dia da sociedade, permitindo ao homem encarar, muitas vezes, a morte como algo natural da vida (Áries, 1977; Rodrigues, 2006).

Diante dessa concepção de morte domada o moribundo tomava as providências cabíveis com relação ao ritual final. Existia momento para se despedir e quando preciso a reconciliação com a família e com os amigos. Os homens dessa época medieval eram observadores de signos e avisos de que a morte estava próxima. É por isso que a morte brusca não era bem vista e almejada, pois o moribundo não teria tempo para seus lamentos, perdões e absolvição sacramental (Áries, 1977; Kovács, 1992).

Neste cenário a morte era esperada no leito, proporcionando aos familiares, amigos e conhecidos, momento de despedida. Essa postura revela uma morte pública, na qual os rituais de morte eram vivenciados pelos membros da comunidade em que o moribundo estava inserido. Há, portanto, uma familiaridade com a morte, e por isso denominada morte domada. Os doentes sabiam quando iam morrer, pois não havia hospitais e as pessoas doentes pressentiam que tinham uma doença incurável e diante dessa realidade é que desenvolviam o ritual de despedida. É significativo lembrar que as crianças participavam desse processo de despedida do moribundo. Achava-se que no leito de morte existia o Livro da Vida, onde todos os atos praticados seriam contabilizados e que de um lado da cabeceira do leito, encontrava-se o anjo da guarda e do outro, o diabo. A finitude humana era considerada como um sono e cabia à Igreja assegurar a ressurreição no retorno apocalíptico de Cristo (Kastenbaum & Aisenberg, 1983). Ainda nesse período há uma personificação da morte, pois esta passa a ser representada nas descrições literárias e nas pinturas como uma figura desfigurada, pesada, de horror, com um significado de deterioração, sendo representada, na maioria das vezes, por um esqueleto segurando uma foice (Rodrigues, 2006; Santos, 2009).

Na Idade Média as doenças malignas devastavam uma sociedade e geravam grande impacto sobre a concepção da morte nos europeus. Quase um 1/3 da população foi dizimado pela peste. Nessas condições, a única alternativa era a fé, já que a medicina nada podia fazer. Nesse tempo a Inquisição utilizava a tortura e a morte como instrumentos de punição e

controle da ordem. Essa postura de punição vai construindo uma visão negativa acerca da morte. Tinha como objetivo o bom comportamento das pessoas no curso da vida (Rodrigues, 2006; Santos 2009).

Na segunda metade da idade média (séc. XII ao séc. XV), algumas modificações perpassaram esses momentos da história, possibilitando a compreensão da morte de si mesmo. A igreja tinha o poder sobre o pensamento e o comportamento da época, levando os fiéis a devotar suas vidas em busca do paraíso e do julgamento final, conforme já explicitado anteriormente. Essas mudanças causaram modificações nas perspectivas das pessoas em relação a sua morte, pois agora passam a se preocupar com o que acontecerá após a morte. Nesse sentido o homem buscava garantias para o paraíso através de orações, donativos, missas e essencialmente os testamentos (Ariès, 1977; Kovács, 1992; Rodrigues, 2006).

A partir do séc. XVIII surge uma necessidade de dar à morte um novo sentido: a complacência para a ideia da morte. A terminalidade passa a ser vista como ruptura e a morte proporciona a expressão dos sentimentos de libertação, de fuga para o além, na possibilidade de reencontrar com as pessoas que já morreram. A morte temida, então, não é mais a própria morte, mas a morte do outro. Há assim novas possibilidades de conceituar e representar a finitude humana. Agora sem ser somente no âmbito do sagrado, mas a partir de concepções científicas.

Percebe-se que a atitude diante da morte mudou ao longo dos tempos. A morte tão presente no passado vai se ocultando até se tornar um fracasso, uma vergonha, uma interdição na contemporaneidade. Na modernidade há uma tendência de se evitar emoções excessivas diante da morte, defendendo a vida como construção cotidiana de felicidade. Os ritos permaneceram até os dias de hoje, porém, sem os aspectos dramáticos e românticos da finitude (Ariès, 1977; Rodrigues, 2006; Santos, 2009).

Há, por volta de 1930 a 1950, um deslocamento do lugar da morte: dos lares para os hospitais. O hospital, assim, passa a ser um local por excelência de cuidados do processo saúde/doença que não podem ser prestados em casa por todo o aparato tecnológico existente nas instituições de saúde. A morte vem ganhando um espaço institucionalizado e medicalizado, através de aparelhos de alta tecnologia que são utilizados para manterem o organismo do paciente em funcionamento. Observa-se que ao longo do século XX o hospital, os saberes e os profissionais passaram a ocupar lugar central na prestação de serviços de saúde, doença e por que não, da morte. Nesse propósito, o morrer não pode ser considerado somente como fenômeno biológico, mas um processo que também é socialmente construído (Menezes, 2004). Nesse sentido, Elias (1990) revela que o processo civilizatório contribuiu para a solidão dos moribundos, principalmente diante da institucionalização da morte em ambientes hospitalares. Tal caminho desapropria a expressividade das emoções, tão natural em tempos passados.

Há um ocultamento da morte pelo cenário descrito e o afastamento dos familiares e amigos desse acontecimento. As emoções precisam ser controladas, e não há espaço para o sofrimento e manifestação da tristeza. Essa atitude moderna de interdição da morte com o propósito de conservar a felicidade nasceu nos Estados Unidos por meados do séc. XX. Há, portanto, alguns movimentos de reflexão acerca da morte, mas de modo geral, nas sociedades industriais, se mantém ou expande o império do ocultamento da finitude (Áriès, 1977; Rodrigues, 2006).

Existe na atualidade o desconforto de falar sobre a morte e o processo de morrer, pois nos remete à reflexão da nossa própria finitude (Áriès, 1977; Carvalho, 2006; Rodrigues, 2006). Dessa forma, é necessário considerar algumas características do contexto cultural que influenciam nossas concepções e sentimentos em torno da morte como modo de compreender as interpretações dessa realidade.

A essência da angústia humana é a sua extinção, ou seja, o medo da morte, da destruição de si mesmo. O ser humano é o único ser vivo que possui consciência de sua finitude e nesse processo reconhece a angústia de sua limitação. Há, portanto, uma motivação na busca de significado para a vida, para a dor, para o sofrimento e também para a morte. A verdade é que se torna difícil discorrer sobre a morte em um a sociedade em que tudo é feito para negá-la e escondê-la. A morte se configura no fato mais assustador da vida, possivelmente o maior deles frente ao qual não se tem comando, previsão e qualquer certeza. Mesmo as religiões não dão conta de abrandar esse sentimento inquietante e questionador acerca da morte (Cassorla, 2004). Existe nesse caminho uma postura de onipotência a qual busca, incessantemente, os avanços tecnológicos com a garantia de poder aumentar e prolongar a vida.

É compreensível que esses avanços estejam disponíveis para uma qualidade de vida e até mesmo manter a vida, porém a questão não está em somente prolongar a vida, mas sim, em aceitar a morte como circunstância da natureza humana (Ariès, 1977; Hennezel & Leloup, 2009; Kovács, 2003; Kübler-Ross, 1998).

## **1.2- Desenvolvimento da tanatologia no mundo**

A palavra tanatologia, etimologicamente, deriva do idioma grego: *thánatos* que representa o deus da morte na mitologia grega, e *logia*, significa estudo. Desse modo, a tanatologia representa o estudo da morte ou a ciência da morte. Com o passar dos tempos foi-se reconfigurando esse conceito. Estudiosos da área, como Kastenbaum e Aisenberg (1983) definiram Tanatologia como ciência que estuda os processos emocionais e psicológicos que envolvem as reações às perdas, ao luto e à morte. Para Assumpção (2003) mostra-se como uma ciência que estuda a vida através de reflexões acerca da morte.

As reflexões sobre a morte e o morrer (tanatologia) sempre estiveram presentes na história da humanidade. Desde os tempos mais primitivos dos ancestrais humanos, no tempo das cavernas, a contemplação reflexiva do fenômeno da morte já se fazia presente. Os aspectos relacionados à morte foram aparecendo no decorrer da história, com o desenvolvimento e evolução das civilizações, diferentes culturas, ideologias e crenças. Assim como, as suas respectivas atitudes funerárias, representadas através de símbolos e da arte de diferentes épocas. Os povos védicos introduziram a ideia de reencarnação, o budismo trouxe o conceito de renascimento e o cristianismo inseriu a ideia de ressurreição e morte como sendo única e definitiva (Assumpção, 2003).

De acordo com Kovács (2008), um dos grandes representantes na área de tanatologia foi o médico William Osler (1849-1919). Ele tinha como propósito fundamental minimizar o sofrimento das pessoas no fim da vida, abordando temas relacionados com o suicídio, luto e eutanásia, afirmando que nenhuma morte deveria ser dolorosa.

Outra obra de destaque abordando o luto e a morte é a de Sigmund Freud, em 1917, intitulada: “Luto e melancolia” em que o autor destaca a diferença entre tristeza, pela perda de pessoas importantes e desencadeando o processo de luto e a melancolia que seria a perda de si mesmo. Em outra obra, “Além do princípio do prazer”, em 1920, apresenta a ideia de pulsão de morte que levaria o homem à segregação de tudo que é vivo, à destruição (Kovács, 2008).

Pode-se dizer que o grande desenvolvimento da Tanatologia ocorreu após as guerras mundiais, com os estudos de Hermann Feifel quando escreveu o clássico *The meaning of death* em 1959, sinalizando o movimento de conscientização sobre a importância de refletir acerca da temática da morte, mesmo diante de uma cultura que interdita o tema. O livro aborda questões sobre filosofia, arte, religião e sociologia por meio de escritos de alguns autores como Jung, Glaser e Strauss, Farberow e Schneidman entre outros (Kovács, 2008).

Em 1976, Kastenbaum e Aisenberg escreveram o livro *Psychology of Death* e que posteriormente foi traduzido para o português com o título *Psicologia da Morte*, 1983, configurando-se como uma obra de referência na área de tanatologia. Kastenbaum também é responsável pela criação do periódico *Omega: Journal of Death and Dying*, que aborda estudos acerca da morte (Kovács, 2008).

Estudos e pesquisas na área da tanatologia, nas décadas de 1970 e 1980, possibilitaram a consolidação de propostas e programas no campo da tanatologia. Em 1978 Jessica Mitford, pesquisadora americana, escreveu *American Way of Death*, obra que desencadeou grandes discussões, traçando um desenho da morte no Ocidente, especialmente na América do Norte. Houve, após esse cenário, uma estagnação na área, pelas exigências e rigor metodológico das pesquisas realizadas, pois necessitavam de comprovação dos fatos observados. Diante dessa postura de quantificação não houve expansão de estudos que pudessem retratar vários questionamentos acerca da morte e o morrer. Percebe-se que tal realidade pode ter reduzido a profundidade de discussões sobre a tanatologia, levando a um afastamento de suas dimensões mais profundas (Kovács, 2008; Santos, 2009).

Mesmo diante dessas inquietações acerca da temática da morte, alguns estudiosos continuaram a se debruçar e refletir o assunto em questão. Nessa direção, de acordo com Kovács (2008), temos o historiador francês Philippe Ariès que publicou em 1977 importantes obras que retrataram a história da morte nos períodos históricos e as atitudes humanas no processo de morte e pós-morte. Esses escritos foram publicados por meio das obras: “A história da morte no ocidente”, resultado de 15 anos de pesquisa sobre a temática da morte. Sua obra reuniu um apanhado de diversos artigos e conferências preparados pelo autor entre 1966 e 1975. Na obra: “O homem diante da morte”, em 1990, no qual foi abordada a relação do homem com a morte e as possíveis influências sociais, históricas e culturais na construção de significações que favorecem e enfatizam as atitudes e maneiras diante da morte.

Outra referência significativa no campo da tanatologia, já destacada ao longo do texto, foi a obra da psiquiatra Elisabeth Kubler-Ross, *On Death and Dying*, em 1987, de grande influência na história da Tanatologia. Nela, a autora retrata o cuidado a pacientes gravemente enfermos, enfatizando o desenvolvimento de atitudes de escuta e cuidados a esses pacientes, respeitando suas necessidades (Kovács, 2008).

Nesse caminho de atenção a pacientes gravemente enfermos temos os trabalhos da médica Cicely Saunders, 1900 quando fundou o *Saint Christopher`s Hospice* e difundiu a proposta dos cuidados paliativos a pacientes graves até o final de sua vida. Essa proposta recoloca a condição do cuidar diante da possibilidade iminente da morte. Esta passa a ser reconhecida como movimento natural da existência humana e diante disso amplia espaços para a compreensão acerca da morte e do morrer.

No Brasil temos a psicóloga Wilma Torres, considerada a primeira brasileira que se dedicou à sistematização da área da Tanatologia no Brasil, criando em 1980 o primeiro curso de especialização na área de tanatologia. Criou, na Fundação Getúlio Vargas do Rio de Janeiro, um acervo de fontes bibliográficas a respeito do tema e o programa “Estudos e Pesquisas em Tanatologia” no ISOP/ Fundação Getúlio Vargas, com o objetivo de realizar pesquisas na área e publicar os relatórios das pesquisas efetivadas. Em 1981, foi criado primeiro curso de pós-graduação lato Sensu e atualização em tanatologia com enfoque multidisciplinar. A professora Wilma, também, Estruturou o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Tanatologia (NEPT) na Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1999. A mesma lança o livro: “A morte e a criança”, fruto de sua tese de doutorado, na qual foi orientada pelo médico e psicanalista Dr. Roosevelt Cassorla (Kovács, 2008).

Observa-se que no Brasil a Psicologia continua sendo um dos campos mais produtivos que tem cooperado para o enriquecimento de discussões acerca da temática da morte e processo de morrer. Pode-se apontar o trabalho da professora doutora Wilma da Costa Torres

na Universidade Federal do Rio de Janeiro, como anteriormente citado. Atualmente existem alguns centros de ensino e pesquisa que estudam a morte, como o Laboratório de Estudos Sobre o Luto na PUC-SP, coordenado pela professora doutora Maria Helena P. Franco; o 4 Estações Instituto de Psicologia coordenado pela professora doutora Maria Helena P. Franco e pelas psicólogas Gabriela Casellato, Luciane Mazona e Valéria Tinoco; Laboratório de Estudos sobre a Morte da USP-SP, coordenado pela professora doutora Maria Julia Kóvacs; Núcleo de Estudos e Pesquisa em Tanatologia e Subjetividade (NEPTS) sob a liderança da professora doutora Ligia Py e Rogério Bastos na UFRJ; Laboratório de estudos em Tanatologia e Humanização das práticas em Saúde (LETHS), coordenado pela professora doutora Georgia Sibeles Nogueira da UFRN; a Rede Nacional de Tanatologia no Ceará, coordenado pelo professor mestre Aroldo Escudeiro e o Instituto de Saúde e Educação Pinus Longaeva, em São Paulo, coordenado pelo Médico Franklin Santana. Mesmo diante desses avanços, percebe-se que a maioria das faculdades de psicologia no Brasil não aborda a temática da morte como questão pertinente de seus currículos, como disciplina obrigatória (Kovács, 2003, 2008; Santos 2009).

### **1.3- Atitudes diante da morte na cultura ocidental**

De acordo com Viorst (2005), torna-se difícil para o ser humano afrontar a própria morte sem medo. Há sentimentos atrelados a isolamento, esquecimento e aniquilamento do ser, da incerteza e dúvidas relacionadas ao processo da morte. Muitos temem a agonia de uma doença terminal e têm medo de morrer, e não da morte. O medo de morrer é diferente do medo da morte. O medo do morrer é natural e instintivo, representado pelo medo da forma pela qual poderá acontecer a sua morte. Entretanto o medo da morte é o medo cultural, criado na convivência diante de aspectos culturais, sociais e religiosos (Assumpção, 2003).

Dessa forma, entendem-se as inúmeras tentativas de explicações acerca da morte e o processo de morrer no desejo interminável de compreender e desvelar tais mistérios que

envolvem a morte. Nessas condições a médica psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross acompanhou pacientes que se encontravam no fim da vida e dessa prática emergiram vários estudos; entre eles, os seminários *On Death and Dying*, inéditos para a época, e dos quais resultou o estabelecimento das conhecidas fases emocionais do doente em fase terminal, tão abordadas no campo da saúde (Macedo, 2004). A partir de mais de duzentas entrevistas efetuadas junto a pacientes em fase terminal, Kübler-Ross especificou algumas fases que o ser humano percorre, à medida que a morte se aproxima. Compreendeu, assim, que os pacientes passariam pelas seguintes fases: negação e isolamento, raiva, negociação, depressão e aceitação. Mesmo tendo muitas vezes uma sequência, observa que cada fase pode ser vivenciada em tempos diferentes por cada paciente (Coop, 2004).

A primeira fase seria a negação, cujo propósito seria funcionar como uma defesa perante a possibilidade da finitude. O paciente não quer acreditar no que está a acontecer, há uma ameaça que é preciso ser negada para continuar a vida. Entretanto, essa negação não é definitiva e pode ser reestruturada por outras fases (Kübler-Ross, 1998). A segunda fase seria a raiva, na qual o paciente já assimilou seu diagnóstico e prognóstico, mas se revolta por ter sido escolhido para vivenciar tal experiência. Tenta arranjar um culpado por sua dor e sofrimento. Na maioria das vezes se mostra muito exigente, procurando ter certeza de não estar sendo esquecido nesse momento de vida. A próxima fase seria a negociação/barganha, na tentativa de negociar o prazo de sua morte, através de promessas e orações, destacando nessa fase um forte apelo religioso como maneira de poder enfrentar o que vivencia no intuito de superar esse processo. Nessa fase observa-se uma maior aceitação. Depois da negociação surge o momento de depressão, já que o moribundo percebe que não tem muito que fazer e começa a aceitar o fim próximo, fazendo uma reflexão da vida, mostrando-se quieto e pensativo. É um instrumento na preparação da perda iminente, facilitando o estado de aceitação (Kübler-Ross, 1998).

Após a fase acima brota a última fase, elencada pela autora citada, que seria a aceitação. Nesse estágio a pessoa espera a evolução natural de sua doença. Poderá ter alguma esperança de sobreviver, mas não há angústia e sim paz e tranquilidade. Procura terminar o que deixou pela metade, fazer suas despedidas e se preparar para morrer.

As fases propostas por Kluber-Ross (1998) apresentam uma abordagem com os vários mecanismos que os pacientes moribundos podem apresentar durante uma doença incurável. Nesse caminho de compreender tal processo por meio de fases ou estágios, a psicóloga Marie Hennezel descreve os seis estágios da agonia desse processo, expondo as etapas que fazem ligação de uma fase à outra, demonstrando a dimensão entre duas forças, entre os dois anjos, ou seja, o contrapeso. Segundo Hennezel e Leloup (2009), a primeira provação é a da dúvida que se coloca em questão para o homem, o porquê de sua existência, qual o sentido da vida.

Há o que os autores entendem como um fechamento do coração, espírito e do corpo, no sentido de não desejar ouvir mais nada. O ser se fecha por inteiro, confinado em seu ego, em um estado de consciência particular e de seu sofrimento. Após essa primeira prova vem a segunda provação que é o desespero. Nesse momento, espera-se que não haja mais dúvidas e diante disso desencadeia-se um desespero de achar que não vai conseguir que não é digno e que está condenado. Sente-se abandonado por Deus. Contudo, a sensação desse indivíduo, de não estar com Deus, não quer dizer que Deus não esteja presente. Há um movimento de não acreditar em mais nada e de não sentir mais nada. Logo após essa vivência do desespero e em mais nada acreditar, chegam a paz e a confiança, surgindo uma atitude de poder confiar no desconhecido com certa curiosidade e interesse (Hennezel & Leloup, 2009). A terceira prova seria o apego, no qual existem momentos incompreensíveis de apego a pequenas coisas. O moribundo fica avarento, na apropriação do ter, pretendendo guardar e possuí-lo. Há uma tentativa de segurar o sopro da vida com o intuito de conservá-la. Passando dessa provação, entra-se na fase da impaciência, da cólera. Nesse momento a pessoa fica irritada com a equipe

multiprofissional. A impaciência e a fúria não são simplesmente a manifestação de um cansaço, mas trata-se de uma provação que precisa ser cumprida.

Após ter vencido a ira, a raiva e ter estabelecido a paz, mas por pouco tempo, pois logo aparece outra provação, o orgulho, configurando-se como a quinta tentação. Depois de tantas lutas o indivíduo julga ser forte e lutador demonstrando nosso narcisismo perante a morte. Diante desse cenário coloca-se o anjo da humildade para poder permitir reflexões acerca da existência vulnerável em que é preciso uma morte verdadeiramente humana. Com a vinda do anjo da humildade, este possibilita passar para a próxima etapa e já não existe no moribundo qualquer espécie de presunção ou pretensão. Na última etapa, a dúvida e a fé, o desespero e a confiança, a avareza e a generosidade, a cólera e a paciência, o orgulho e a humildade conduzem o moribundo a um estado de abandono, de paz. Após as recusas, denegações e fúria, o moribundo torna-se capaz de dizer sim ao que, de fato, é, ou seja, a realidade de mortal. Nessa etapa há uma transfiguração, isto é, uma mudança de forma, no qual o sopro de vida é abandonado e finalmente há o repouso.

Coop (2004) retrata alguns modelos que explicitam, de modo particular, suas concepções acerca do processo da finitude. Este modelo é composto por três estágios, os quais refletem a experiência do paciente que está morrendo. Nesse sentido há uma mistura de emoções e respostas exibidas por uma pessoa que engloba as características da pessoa, e não o diagnóstico ou o estágio do processo de morrer e a busca pelo progresso estaria na resolução dos elementos dessas emoções. Assim, os indivíduos, quando confrontados com a ameaça de morte iminente, reagem de acordo com seu caráter e o modo como lidaram com as dificuldades em seu passado.

A visão sociológica enfoca as relações existentes em uma instituição hospitalar caracterizando-as em quatro contextos de consciência entre o hospital, funcionário e paciente. Estes seriam: A consciência fechada, consciência suspeita, conscientização mútua e a

consciência aberta. Consciência fechada ocorre quando os funcionários estão cientes do mau prognóstico do paciente e não compartilham essa informação com o paciente. Na consciência suspeita é quando a paciente suspeita da seriedade. Na conscientização mútua ambos, profissionais e pacientes, sabem do prognóstico e na consciência aberta há espaço para o paciente pensar na sua morte. Coop (2004) destaca o que mais se destaca nas obras de autores sociológicos é a comunicação dos profissionais com o paciente moribundo. Embora as teorias de morrer possam variar, de acordo com a proposta de seus autores, há uma mudança no sentido de compreender esse processo como algo multifacetado e eclético.

Entende-se que ao longo dos tempos, e não muito diferente na atualidade, a morte continua sendo um mistério para o homem. Diante disso tenta-se encontrar meios, teorias, fases, etapas, estágios e explicações que possam amenizar a condição de ser finito. Nesse sentido, para Silva (2006):

A grande dádiva de evitar a reflexão sobre a finitude, a dádiva da sua negação, é permitir que ela instaurasse o interdito definitivo sobre a morte. Evita-se falar nela, defende-se que é possível lidar com ela com naturalidade, sem nos expormos à reflexão sobre os sentimentos por ela despertados e seguimos todos, médicos e não médicos, entre o sofrimento e a tentativa de naturalização, evitando falar na morte, evitando pensar na vida (p.91).

Assim, há, a cada tempo, em cada instante, a mobilização humana na busca incansável de compreender a finitude humana. Quem sabe essas reflexões possam sustentar a necessidade de possíveis caminhos ao encontro da morte e processo de morrer, no cenário dos cuidados paliativos.

## 2. CUIDADOS PALIATIVOS

### 2.1- Desenvolvimento dos cuidados paliativos e os *hospices*

*Quando eu chegar ao final do caminho e o sol se houver posto para mim, não quero ritos em uma sala cheia de tristeza. Por que chorar por uma alma que é, finalmente, livre? Sinta um pouco de saudades, mas não por muito tempo e não cabisbaixo, lembre-se do amor que certa vez compartilhamos, tenha saudades, mas me deixe partir. Porque está é a viagem que todos devemos fazer, e cada um deve ir sozinho. Tudo é parte do plano divino. Encontre-me a caminho de casa. Estou bem. Estou em paz. Eu me preocupo com você. Quando estiver sozinho e seu coração se sentir invadido pela tristeza ou melancolia, recorra aos amigos que conhecemos, sepulte a dor realizando boas ações e avance pelo caminho da sua vida. Tenha saudades de mim, mas me deixe partir.*

*Marcelo Rittner, 2004, p.18*

Segundo Maciel (2006) o termo paliativo origina-se do latim *pallium* e significa o manto que acolhia os peregrinos durante suas viagens aos locais sagrados; ou seja, cuidados paliativos podem ser compreendido como manto de proteção durante o processo de morte e

morrer. Esse manto carregava um simbolismo religioso que mostra uma conexão com a figura do Bom Pastor carregando o cordeiro nos ombros. Nesse aspecto, nota-se que o surgimento da filosofia *hospice* está intimamente ligado ao contexto espiritual do cristianismo. Essa união se manterá ao longo dos anos

Santos (2011) destaca que os cuidados paliativos em saúde perpassam a história da humanidade. As civilizações antigas, desde a civilização hindu, egípcia e chinesa faziam a associação entre a espiritualidade e saúde, no sentido de acolher a dor e o sofrimento como atos religiosos. Nessa proposta, havia o cuidado em alimentar os doentes e zelar pelo seu bem-estar. Essa proposta de cuidado proporcionou o surgimento dos futuros *hospices* contemporâneos (McCoughlan, 2009).

O movimento de surgimento dos *hospices* pode ser comparado aos *hospices* medievais no final do século XIX. A origem dos *hospice* remonta a Fabíola, discípula de São Jerônimo, matrona romana que, no século IV da era cristã ofertou cuidados aos viajantes oriundos da Ásia, África e do Leste. Nesse cenário da Idade Média existiam os asilos, instalados em rotas dos viajantes para cuidar dos doentes e moribundos; assim, os *hospice* eram mantidos por religiosos, também conhecidos como padres da boa morte (Santos, 2011).

Santos (2011) e Milicevic (2002) demonstram que o uso registrado da palavra *hospice*, no sentido do cuidado dos pacientes terminais, foi utilizado em 1942 na cidade de Lyon, na França, por Madame Jeanne Garnier, sendo considerado o primeiro Hospice da Era Moderna. Com a ajuda de mulheres do calvário, fundou vários *hospices*. Entre eles o Our Lady`s Hospice, em 1879 em Dublin, pelas Irish sisters of Charity e do St. Joseph`s Hospice em 1905 em East Londres ambos na proposta a pacientes incuráveis e moribundos.

A Sociedad Española de Cuidados Paliativos destaca os principais movimentos e consolidações dos *hospices* no mundo em momentos específicos da história. O quadro

apresentado demonstra essas particularidades, no intuito de uma maior compreensão do surgimento desses cuidados na historicidade.

Siglo	Año	Lugar	Tipo de centro	Persona
V	400	Óstia	Hospício em el Puerto de Roma	Fabíola, discípula de São Jerônimo
XII	-	Europa	Hospícios y Hospederias Medievales	Cabalheros hospitalarios
XVII	1625	Francia	Lazaretos y Hopícios	San Vicente de Paúl y lãs Hijas de La Caridad
XIX	1842	Lyon	Hospices ou Calvaries	Jean Granier y La Asociación de Mujeres de Calvário.
XIX	-	Prusia	Fundación Kaiserwerth	Pastor flinder
XIX	1879	Dublin	Our Lady's Hospice	Madre Mary Aikenhead y lãs Hermanas Irlandesas de La Caridad
XIX	1872	Londres	The hostel of God (Trinity Hospice), St Luke's Home y otras protestantes Homes.	Fundaciones Protestantes
XX	1909	Londres	St. Joseph's Hospice	Hermanas Irlandesas de La Caridad
XX	1967	Londres	St. Christopher's Hospice	Cicely Saunders
XX	1975	Montreal	Unidade de Cuidados Paliativos del Royal Victoria Hospital	Balfour Mount

**Fonte:** SECPAL - Historia de los Cuidados Paliativos & el Movimiento Hospice.

Dentre os movimentos *hospices* no mundo merece destaque a proposta *hospice* St. Christopher, fundado por Cicely Saunders. Sua primeira formação acadêmica foi em Serviço Social, na qual cuidava das necessidades dos pacientes em fase final nos hospitais St. Thomas e St. Luke, em Londres. Dedicou-se sete anos a essa experiência, a qual gerou a abertura do Christopher Hospice, primeiro *hospice* que integrava pesquisa, ensino e assistência em cuidados paliativos. Realizava atendimento domiciliar, apoio às famílias durante o tratamento e apoio pós-morte (Melo & Caponero, 2009; Pessini, 2009; Santos, 2011).

A iniciativa de Cicely gerou influências em outros países como os E.U.A, desenvolvendo a proposta dos cuidados paliativos na criação do primeiro *Hospice* denominado de Connecticut Hospice, em 1974 (Santos, 2011).O movimento foi crescendo e foi fundada a

Associação de Medicina Paliativa em 1987, no Reino Unido. Foi o primeiro País a reconhecer a medicina paliativa como especialidade médica. Desse modo os currículos dos cursos de Medicina e Enfermagem incluíam o estudo dos cuidados paliativos (Pessini, 2009).

Nota-se que Cicely Saunders e colaboradores disseminaram pelo mundo uma filosofia acerca do cuidado, focando o controle da dor e apoio nas dimensões psicológicas, sociais e espirituais dos pacientes e de seus familiares (Melo & Caponero, 2009).

Diante desse cenário começa a ser introduzido um novo conceito de cuidar que não mais se destina a curar, nos casos de pacientes fora de possibilidades de cura; assim surge uma nova proposta no campo das ciências médicas denominada de medicina paliativa. O termo *palliare* significa proteger, amparar, abrigar e hospice significa anfitrião (Melo & Caponero, 2009).

Compreendendo um pouco a história de Cicely Mary Strode Saunders pode-se entender os caminhos que levaram à estruturação do primeiro *hospice* moderno. Ela nasceu em Londres em 22 de junho de 1918. Sua família era considerada de classe média vivendo com um variado leque de conforto. Durante seus estudos na Oxford University, no ano de 1938, vivenciou uma conversão religiosa nas montanhas da Escócia, que modificou seus projetos de vida. Em 1940 interrompeu seus estudos em Política, Filosofia e Economia e resolveu cursar enfermagem. Em 1944 apresentou problemas de saúde que a fez não mais dar continuidade à prática em enfermagem. Após sua recuperação voltou ao cenário acadêmico para estudar Administração Social e Pública. Seus planos de vida tomam um novo rumo ao conhecer um paciente que estava longe de sua terra natal e vivenciava uma doença incurável e bem avançada. Esse acontecimento foi em 1947, no Hospital de Archway, em Londres. Cicely anotava seus encontros com esse paciente em um diário e a cada encontro o relacionamento entre ela e o paciente se intensificava em uma carinhosa amizade. Ela o acompanhou até a sua morte, em 1948. A partir dessa experiência dedicou sua vida a aprender mais sobre aqueles

que apresentavam doenças avançadas e incuráveis e a finitude humana nessa condição da existência (Santos, 2011).

A partir desse momento Cicely inicia uma caminhada profissional repleta de produções e palestras e pôde cimentar os princípios básicos do moderno cuidado *hospice* (Santos, 2009).

## **2.2- Conceitos, princípios e filosofia dos cuidados paliativos.**

A palavra *hospice* tem origem no latim hospes, significando inicialmente como estranho e ao longo da história ganha outra conotação, como de anfitrião, hospitalis, significando amigável, isto é, bem vindo ao estranho. Com o passar dos tempos evolui para o significado de hospitalidade. Já o termo palliare também tem origem no latim e denomina proteger, amparar, cobrir, abrigar, demonstrando uma perspectiva de cuidar e não somente curar. (Melo, 2009)

A contribuição de Cicely possibilitou que a filosofia de *hospice* fosse sendo implantada nos mais diversos espaços, em diversos países. Diante dessa realidade, em 1990 a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceituou a proposta em cuidados paliativos como: os cuidados ativos e totais aos pacientes quando a doença não responde aos tratamentos curativos, quando o controle da dor e de outros sintomas (psicológicos, sociais e espirituais) é prioridade e quando o objetivo é alcançar a melhor qualidade de vida para pacientes e familiares. Já em 2002 redefine a noção de cuidados paliativos para:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (OMS).

O foco principal da medicina paliativa é o cuidar; dessa forma, alguns princípios básicos são necessários e pertinentes na assistência, ao se propor essa abordagem contínua e

integral: escutar o paciente, fazer um diagnóstico antes de tratar, conhecer muito bem as drogas a serem utilizadas, utilizar drogas que tenham mais o objetivo de alívio, manter tratamentos o mais simples possível (Melo, 2009).

A autora, acima, destaca a importância do reconhecimento dos profissionais de saúde, nessa área de atuação, e embasados nesses princípios, atuando e compartilhando com os pacientes as pequenas realizações cotidianas. Desfrutar de discussão de casos com outros profissionais é extremamente útil, pois acrescenta conhecimento acerca do paciente e da família e contribui para o crescimento profissional, colocando em prática o trabalho interdisciplinar.

Os programas de cuidados paliativos incluem os seguintes componentes: clínica-dia, assistência domiciliar, internação, serviços de consultoria e suporte para o luto (Santos, 2011).

A assistência domiciliar é o atendimento integral no cenário da família, utilizando-se de serviços especializados e equipamentos que monitoram o paciente em seu próprio lar, integrando os familiares e proporcionando um ambiente acolhedor (Melo, 2009). Com essa afirmação compreende-se:

É importante entender que o domicílio é um espaço das relações e intimidades familiares, onde são mais presentes os rituais de vida. Por isso, é necessário atentar aos detalhes para se mover em espaço e tempo tão especiais. Em nenhum momento é tão importante perceber as sutilezas do “conviver”, quanto nesta hora que se apresenta. Neste contexto tão rico, esperam-se mais acertos e menos erros- a equipe de saúde não é perfeita- e a dor e o sofrimento são inerentes aos que perdem a vida, aos que perdem seus entes queridos e aos que projetam no futuro (ou no passado) as perdas pessoais (Yamaguchi & Oliveira, 2011, p.24).

Vale ressaltar que uma Unidade de cuidados paliativos tem que estar 24 horas disponíveis, isto é, precisa oferecer informações preventivas e contínuas para que sejam

reconhecidos sinais de emergência, possibilitar à família conhecimento necessário para que possa ser capaz de identificar problemas, particularizar cada paciente como único com suas demandas e necessidades melhorando seu sofrimento físico e escutar, acima de tudo, o paciente, e ter uma equipe capacitada e treinada para coordenar as atividades da equipe (Melo 2009).

Percebe-se que há uma proposta de abordagem multidisciplinar que compreende o paciente e a família com o objetivo maior, de que o sofrimento precisa ser aliviado mesmo diante da sobrecarga desencadeada pela patologia.

Para se alcançar tal proposta, a OMS estabeleceu nove regras fundamentais para a prática em cuidados paliativos: promover alívio da dor e outros sintomas que causam sofrimento; afirmar a vida e considerar a morte um processo natural; não pretender apressar, nem retardar a morte; integrar os aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado do paciente; oferecer sistema de apoio com intuito de ajudar pacientes a viverem ativamente tanto quanto possível até a morte; oferecer sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e seu próprio luto; utilizar equipe para abordar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo aconselhamento para o luto, se indicado; reforçar e aprimorar a qualidade de vida e, também, influenciar positivamente o curso da doença e aplicar no início do curso da doença, em conjunto com outras terapias que prolonguem a vida, como quimioterapia e/ou radioterapia; e incluir investigações necessárias para o melhor entendimento e abordagem das complicações clínicas que causam sofrimentos.

Nessa afirmativa os cuidados paliativos têm como princípio valorizar a vida e compreender a morte como algo do ciclo vital e, dessa forma, não busca adiar ou prolongar a finitude, mas aliviar a dor e o sofrimento, oferecendo apoio integral ao paciente e seus familiares durante o curso da doença e após a morte acolher os familiares em seu processo de luto observando os fatores facilitadores e complicadores (Franco, 2008).

A proposta dos cuidados paliativos é oferecer o máximo de qualidade de vida ao paciente fora de possibilidades de cura, estimulando a autonomia, a integridade física, e psicológica (Areco, 2011). A expressão fora de possibilidades de cura substituiu a terminologia paciente terminal, pelo estigma e preconceito que esta carregava, além da conotação não muito positiva desta terminologia (Boemer, 1986; Piva & Carvalho, 1993).

A medicina paliativa se desenvolveu como resposta à medicina tradicional, sustentada na tecnologia. Taboada (2000) destaca cinco princípios relevantes na atenção aos pacientes fora de possibilidades de cura que faz repensar a medicina tradicional, são eles: veracidade, proporcionalidades terapêutica, duplo efeito, prevenção e não abandono. Detalhadamente pode-se compreender que:

- Veracidade: faz referência à verdade. Fundamentado nas relações de confiança interpessoais. Significa dizer a verdade ao paciente e seus familiares, proporcionando a participação concreta deles nas tomadas de decisões.

- Proporcionalidade terapêutica: relação proporcional entre os meios terapêuticos empregados e os resultados esperados. Este critério aborda o julgamento das intervenções médicas no que diz respeito aos riscos e benefícios da ação, a utilidade ou inutilidade da medida, levando em consideração o prognóstico e os custos de ordem física, psicossocial e econômica.

- Duplo efeito: observa que a realização de um ato terapêutico tem dois efeitos: um positivo e outro negativo. Receia-se que os efeitos negativos da intervenção médica possam ser fatais, implicando em uma forma de eutanásia.

- Prevenção: prevenir e programar ações para abordar possíveis complicações inerentes à evolução clínica do paciente a fim de se evitar sofrimentos desnecessários.

- Não abandono e tratamento da dor: preza pelo cuidado e diz ser condenável afastar-se ou abandonar um paciente porque este se recusa a se submeter a um determinado tipo de terapia que o médico considerou ser a mais adequada opção de tratamento.

Não é possível exercer a medicina paliativa sem o compromisso nas relações humanas de uma postura de disponibilidade e sinceridade para com a verdade dos fatos existentes, principalmente quando a questão envolve a finitude do outro. Percebe-se que a medicina paliativa ao longo da história vem conquistando espaço e reconhecimento. Porém, não de forma unânime e uniforme nos contextos sociais pelo mundo. Ainda há muito que se realizar, principalmente, nos países em desenvolvimento. Os cuidados paliativos destinam-se aos pacientes que vivenciam uma doença ativa, progressiva e ameaçadora à continuidade da vida, ou seja, doenças crônicas em diferentes fases de evolução. Só não é possível aplicar os princípios dos Cuidados Paliativos quando há morte súbita por doença, acidente ou violência (Santos, 2011).

### **2.3 -Cuidados paliativos no cenário brasileiro**

Pessini (2009) diz que o modelo em cuidados paliativos foi desenvolvido no Brasil na década de 80, período final da ditadura militar. Nesse tempo o campo da saúde privilegiava a modalidade hospitalocêntrica visando à cura.

A primeira iniciativa em desenvolver o serviço em cuidados paliativos no Brasil, incorporando-se ao Serviço de Dor que já existia na instituição, foi através da médica Dra. Miriam Marteleite, em 1983, no Hospital das Clínicas em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Em 1986, três anos mais tarde, foi o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Rio de Janeiro, que desenvolveu serviços em cuidados paliativos. O INCA é a unidade brasileira que mais se aproxima da proposta desse serviço, oferecendo o hospital-dia, ambulatório, enfermaria, e *home care*.

Nota-se que no Brasil, ações isoladas e discussões a respeito dos Cuidados Paliativos já são encontradas no cenário brasileiro desde os anos 70. Porém, foi, apenas, na década de 90 que os primeiros serviços estruturados começaram a surgir. De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009) pode-se destacar o trabalho do pioneiro Prof. Marco Túlio de Assis Figueiredo, que desenvolveu os primeiros cursos e atendimentos com filosofia paliativista na Escola Paulista de Medicina – UNIFESP/EPM. O INCA inaugurou, em 1998, o hospital Unidade IV, exclusivamente dedicado aos Cuidados Paliativos, mesmo já oferecendo assistência perante finitude, desde 1986. Outra instituição que apresentava proposta semelhante, desde 2000, foi o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – HSPE/SP inaugurando uma enfermaria de Cuidados Paliativos, em 2004, comandada pela Dra. Maria Goretti Sales Maciel. Em São Paulo, outro serviço pioneiro é do Hospital do Servidor Público Municipal comandado pela Dra. Dalva Yukie Matsumoto (Santos, 2009, 2011).

Na mesma década surgiram serviços em cuidados paliativos na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Já em 2008, Reinaldo Ayer lança, pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), um livro/texto sobre cuidados paliativos, contribuindo significativamente para a área. Outras instituições hospitalares vêm oferecendo alguns serviços nesse cenário de atuação, tanto pública quanto privada. (Santos 2011; Figueiredo, 2006).

Outros hospitais, nas demais localidades do país vêm oferecendo atenção em cuidados paliativos, mas nota-se que são propostas incipientes. Dessa forma, configura-se como um grande desafio se levar em consideração o tamanho geográfico do nosso país, as diferenças sócio econômicas dos nossos estados, o acesso aos serviços de saúde, a formação positivista no campo da saúde e resistência dos profissionais em oferecer o cuidado quando não há mais possibilidades de cura (Melo, 2009).

De acordo com o *The Hospice Information Service* do St. Christopher's Hospice, em Londres, existem mais de 7.000 *hospices* ou serviços de cuidados paliativos em mais de 90 países em todo o mundo. Na América Latina existem mais de 100 serviços de cuidados paliativos. No Brasil, de acordo com o Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009) o Brasil possui, aproximadamente, 40 iniciativas em cuidados paliativo em 26 estados e no Distrito Federal tanto em instituições públicas como privadas.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) foi fundada em 2005, em São Paulo, configurando-se como uma associação profissional com a missão de buscar o reconhecimento da Medicina Paliativa (Machado, 2009). Antes dessa Instituição já existia a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), fundada em 1997. Visava proporcionar a vinculação científica e profissional entre a equipe de saúde que estuda e pratica as disciplinas ligadas aos cuidados nas enfermidades crônico-evolutivas, em fase avançada e na terminalidade; aperfeiçoar qualidade de atenção aos enfermos; fomentar pesquisas no campo dos cuidados paliativos por meio de congressos, seminários, conferências, visando elevar o nível técnico científico de todos os profissionais de saúde; desenvolver, assessorar e prestar assistência técnica sobre conteúdo, programas curriculares e acadêmicos de educação na área de saúde; estudar e discutir problemas éticos e suas implicações na prática dos cuidados paliativos; e promover o bem-estar da comunidade preservando a melhoria da qualidade de vida dos enfermos, nos diversos níveis de saúde (ABCP, 2011).

Nesse percurso com tantos entraves não se pode deixar de destacar alguns movimentos de possíveis aberturas para o cenário dos cuidados paliativos no Brasil, com portarias do Ministério da Saúde. Este desenvolveu algumas portarias que visam a refletir a questão da dor e a finitude humana na proposta de cuidados paliativos. Como exemplo temos a portaria GM/MS número 19 em janeiro de 2002 que institui no cenário da saúde brasileira o Programa

Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Este Programa tem como objetivos gerais:

Articular iniciativas governamentais e não governamentais voltadas para a atenção/assistência aos pacientes com dor e cuidados paliativos; estimular a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para a assistência a pacientes com dor e que necessitem cuidados paliativos, de maneira a constituir redes assistenciais que ordenem esta assistência de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada; articular/promover iniciativas destinadas a incrementar a cultura assistencial da dor, a educação continuada de profissionais de saúde e de educação comunitária para a assistência à dor e cuidados paliativos; desenvolver esforços no sentido de organizar a captação e disseminação de informações que sejam relevantes, para profissionais de saúde, pacientes, familiares e população em geral, relativas, dentre outras, à realidade epidemiológica da dor no país, dos recursos assistenciais, cuidados paliativos, pesquisas, novos métodos de diagnóstico e tratamento, avanços tecnológicos, aspectos técnicos e éticos; desenvolver diretrizes assistenciais nacionais, devidamente adaptadas/adequadas à realidade brasileira, de modo a oferecer cuidados adequados a pacientes com dor e/ou sintomas relacionados a doenças fora de alcance curativo e em conformidade com as diretrizes internacionalmente preconizadas pelos órgãos de saúde e sociedades envolvidas com a matéria (p.8).

A portaria GM/MS número 2.439 de 2005 institui a Política Nacional de Atenção Oncológica e insere os cuidados paliativos como proposta na atenção integral aos pacientes nessas condições clínicas. Já a portaria GM/MS número 3.150 de 2006 institui a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos, se pronunciando sobre:

As diretrizes nacionais sobre controle da dor e cuidados paliativos; as ações de controle da dor e cuidados paliativos, levadas a cabo no âmbito coletivo ou individual na assistência pública; as recomendações para o desenvolvimento dessas ações nas entidades públicas e privadas que integram o SUS e, quando solicitado, o sistema de saúde suplementar; a atualização das normas e procedimentos do SUS referentes ao controle da dor e cuidados paliativos; a incorporação tecnológica para ações de controle da dor e cuidados paliativos, encaminhando parecer para a Comissão para Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC; projetos de incentivo para ações de controle da dor e cuidados paliativos; a estruturação de redes de atenção na área de controle da dor e cuidados paliativos; e a formação e qualificação de profissionais para atuação em controle da dor e cuidados paliativos e a avaliação de estudos e pesquisas na área de controle da dor e cuidados paliativos (p.12).

Melo (2009) destaca que mesmo que a realidade brasileira se mostre como universo com potencial para o desenvolvimento de tais práticas, ainda há obstáculos que dificultam a implantação dessas unidades de cuidados paliativos no Brasil, como:

- Ausência de uma política nacional em alívio de dor e outros aspectos de cuidados paliativos;
- Deficiência na educação dos profissionais de saúde;
- Ausência de uma Política Nacional de cuidados paliativos;
- Preocupação quanto ao abuso da morfina e outros opióides;
- Limitação no fornecimento de outras drogas necessárias para alívio de dor e outros sintomas;
- Carência de recursos financeiros para pesquisa e desenvolvimento em cuidados paliativos.

Dessa forma, a saúde brasileira apresenta grandes desafios para o novo século. Uma das grandes questões é o aumento da população idosa e o crescente número de indivíduos com

câncer, doenças cardiológicas e neurológicas. Todo esse cenário implica em medidas e políticas que visem à saúde, voltadas para os indivíduos ao final da vida.

O Brasil ainda não possui uma estrutura pública de cuidados paliativos apropriados à demanda existente, no que se refere tanto aos aspectos quantitativos como qualitativos. É preocupante reconhecer que a maior parte dos indivíduos com doenças crônicas em estágio avançado procuram a rede pública de saúde. Nessa medida, é imprescindível o conhecimento dos princípios, conceitos e filosofia dos cuidados paliativos e dos *hospice*, como iniciativas de cuidado ao final da vida, seja no âmbito público ou privado, para que possibilite discussões além da hegemonia técnica (Rêgo & Palácios, 2006). Existe uma grande caminhada para que se efetive a proposta em cuidados paliativos e, assim, o cenário da saúde possa romper com as dificuldades elencadas acima. Esse propósito é conquistado no sentido micro para o macro, isto é, das instituições e centros de saúde em direção à coletividade.

Nesse assunto não se pode deixar de citar o professor doutor Eduardo Bruera. Atualmente é presidente do Departamento de Cuidados Paliativos e Reabilitação em Medicina na Universidade do Texas, nomeado pela OMS e a Organização Pan-americana como consultor regional em cuidados paliativos para a América Latina e considerado uma das maiores autoridades no assunto. Acredita-se que a evolução dos cuidados paliativos no mundo segue alguns estágios; são eles: a negação, na qual as instituições negam a realidade e afirma que existe o controle de sintomas e os resultados já são satisfatórios; no segundo estágio nomeia de palifobia, o qual se instala a percepção que se trata de eutanásia disfarçada; outro estágio seria a palilalia, em que há uma linguagem sobre os cuidados paliativos, mas de fato sem nenhuma ação efetiva. O último estágio seria o paliativo, no qual se efetiva a prática em cuidados paliativos.

A política de cuidados paliativos já se apresenta incorporada na atenção básica em diversos países tais como: Inglaterra, Espanha, Canadá, Portugal entre outros. Prezam pela

qualificação dos profissionais da área da saúde e o estabelecimento de políticas e protocolos assistenciais. Entretanto, no Brasil, o Ministério da Saúde vem apresentando um esforço para desenvolver Diretrizes Nacionais para a Atenção em Cuidados Paliativos e Controle da Dor Crônica (Santos, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) mostrou por meio de estudo realizado em 2003, que de 56 milhões de mortes anuais no mundo, 33 milhões precisavam de cuidados paliativos. Esses cuidados constituem-se em direito do cidadão; por isso, precisam ser incorporados nas políticas públicas de saúde.

Quanto a esses progressos, a sociedade moderna tem a cura e prevenção de doenças como metas da qualidade em saúde. Nesse cenário, a cura torna-se imperativa e, portanto mostra-se difícil implantar ações destinadas a cuidar das pessoas no final da vida.

É notório que a sociedade contemporânea tem cada vez mais dificuldade em refletir acerca da morte e do processo de morrer, mesmo convivendo todos os dias, de algum modo, com a morte do outro no cenário da vida. A cada momento, mortes acontecem em alguma parte da terra e mesmo assim não se oferecem espaços de discussões e reflexões sobre a finitude humana. Isto inclui também as mortes por doenças.

Para confirmar as reflexões suscitadas acerca do desafio da implementação do programa em cuidados paliativos é necessário destacar a pesquisa realizada pela consultoria Economist Intelligence Unit, parte do grupo do jornal britânico, the Economist, que através de uma análise acerca da qualidade da morte em 40 países o Brasil ficou em 38º lugar. Esses dados apontam para a realidade da oferta ou não oferta de cuidado no final da vida em nosso País.

Nesse caminho, é significativo refletir acerca do cuidado como possibilidade de oferecer ao paciente e seus familiares uma postura ativa na condição de exercer sua liberdade em cuidados paliativos (Marinho & Aran,2011).

### 3. SER-PARA-A-MORTE NA ONTOLOGIA HEIDEGGERIANA.

*A temporalidade é revelada na mortalidade inevitável, uma condição existencial impossível de evitar. Haverá um momento em que cada Dasein chegará ao fim de sua jornada existencial, quer isto lhe agrade ou não, “com a morte, a pre-sença completou o seu curso”.*

*(Heidegger, 1927/2005 p.32)*

Para compreender o ser-para-a-morte é necessário apresentar uma breve, mas expressiva reflexão acerca do *Dasein* como condição para um melhor entendimento da análise existencial proposta por Martin Heidegger (1927/2005). Para esse autor o homem é um *ser-aí* ou *Dasein* (Pre-sença) lançado no mundo junto a outros homens em suas atividades e preocupações. O *Dasein*, imerso em sua existência, é um *ser-no-mundo* implicado no contexto de vivência. Diante disso, a pre-sença indica a inseparabilidade do homem e do mundo e igualmente do mundo em relação ao homem.

Considerando o *Dasein* nesse campo de sentidos pode-se destacar que o homem na sua mundanidade é lançado na facticidade das tramas de possibilidades e limites da cotidianidade. Nessa existência de ser lançada ao mundo, a vida configura-se como um projeto em que o *Dasein* está sempre na condição de pode-ser, isto é, há sempre algo pendente e não terminado. Somente quando esse *Dasein* morre é que, assim, findam as suas possibilidades e, portanto, não mais pode-ser.

A proposta heideggeriana não pretende ultrapassar o horizonte da finitude e da temporalidade, como pensava a metafísica. O fenômeno da morte é compreendido por Heidegger não como algo sinistro e fatalista, mas como condição inerente à existência humana. A morte, enquanto fenômeno humano, existencial e ontológico, diz respeito à análise da possibilidade do *Dasein* enquanto ser-para-a-morte. A morte não é tratada como uma simples categoria metafísica que pode ser generalizada, mas algo que faz referência à existência pessoal e histórica de cada *ser-aí* (Batista, 2006). O *Dasein*, portanto, apresenta a dificuldade ôntica de vivenciar ontologicamente o ser-para-a-morte. Desse modo, o ser-aí não pode ser compreendido como um ente simplesmente dado que fatalmente terá seu fim, mas está lançado no horizonte das possibilidades e nesse sentido a própria morte mostra-se como uma condição, ou melhor, a última delas (Heidegger 1927/2005).

As reflexões acerca da possibilidade da morte são compreendidas a partir da morte do outro. É na morte do outro que o *Dasein* pode vislumbrar a experiência do curioso fenômeno ontológico da morte. Lembrando que a experiência a partir da morte do outro é uma alteração sofrida por um ente ao passar do modo de ser da pre-sença (a vida) para o modo de não-ser-mais-pre-sente (a morte). Portanto, a morte, em uma interpretação fenomenológica, se revela primeiramente como a morte dos outros. Mesmo que estejamos ao lado de pessoas queridas que estejam vivenciando seu processo de morte, essa experiência só pode ser realizada por aquele que se encontra em situação de morte, ou seja, quem está morrendo. Neste sentido, a experiência da morte é uma experiência que se dá na solidão do ser pessoal (o *Dasein*), mesmo que este esteja acompanhado dos entes queridos. Como destaca Heidegger (1927/2005), em sentido genuíno (...) “*não fazemos a experiência da morte dos outros. No máximo, estamos apenas ‘junto’*” (p. 19).

A experiência de inospitalidade do *Dasein* lançado no mundo desencadeia o que Heidegger (1927/2005) vai denominar de angústia. Essa experiência é caracterizada pela

fluidez constante marcada pela insegurança que gera uma intranquilidade e um desafio na busca dos sentidos para a vida. Há uma busca incessante pela segurança na existência humana. Na angústia, enquanto disposição fundamental, muitas vezes não se sabe o que gera esse sentimento. Mesmo assim, a angústia desperta para a morte, enquanto contexto temporal, a finitude da existência humana, remetendo à possibilidade do ser-para-a-morte. Na verdade, o conceito de morte é uma condição de angústia ampliada e mais determinada na direção de uma caracterização fundamental de nossa existência (Werle, 2003).

Segundo Werle (2003), perante os mais variados aspectos existenciais que organizam o *Dasein* como ser no mundo, a angústia aparecer como uma descrição marcante que define a essência do homem enquanto “disposição compreensiva que oferece o solo fenomenológico-hermenêutico para a apreensão explícita da totalidade originária do *Dasein*”(p.78). Como destaca Sá (2010):

A analítica do *Dasein* segue uma conduta fenomenológica, o que significa buscar o acesso ao que se mostra a partir de si mesmo, e hermenêutica, já que a descrição fenomenológica é sempre elaboração de sentido, interpretação. Ela é denominada de Ontologia Fundamental, pois elabora as condições de possibilidade de qualquer investigação ontológica. Nesse sentido, a analítica do *Dasein* pretende ser a dimensão primordial da hermenêutica, da qual deriva qualquer hermenêutica particular das Ciências Humanas (p.183).

Adentrando na ontologia heideggeriana, o ser mortal não é somente uma circunstância biológica, mas faz parte do existir humano, é uma característica ontológica da existência humana. Nesses passos, mesmo reconhecendo que somos mortais, temos uma dificuldade ôntica de fazer a experiência ontológica de ser-para-a-morte. Temos a tendência de encobrir essa possibilidade e fugir dela. Quando se fala na morte nos remetemos a ela de forma longínqua, como se não pertencesse a nós (Batista, 2006; Sá, 2010).

Segundo Heidegger (1927/2005), apesar de fugirmos da morte é ela que estrutura o sentido da nossa existência e suas possibilidades de singularização, isto é, de um sentido próprio, autêntico. É somente experienciando a angústia da morte que o *Dasein* pode escolher-se a si mesmo e encontrar o seu ser mais próprio.

A possibilidade da morte não pode ser compreendida sem levar em consideração a temporalidade e a historicidade proposta por Heidegger. A temporalidade faz referência ao próprio tempo do *Dasein*. Nesse pensamento o ser-aí se projeta para o futuro e retorna ao passado (Seibt, 2010). A temporalidade é revelada na mortalidade, pois se sabe que existirá um momento em que cada *Dasein* chegará ao fim de sua jornada existencial. O ser-aí é imbuído de uma constante incompletude. Portanto, não é apenas o presente, mas também é este estender-se temporalmente que tem um fim com a morte. Diante da concretude da morte, o homem tem a possibilidade de escolher encará-la, acolhendo tudo o que engloba esta condição ou se fazer indiferente na presença do inevitável. Um dos principais motivos que levam o ser-aí a fugir de seu destino mais próprio é o medo do desconhecido, já que a concretude da morte é um mistério para a condição humana.

A existência não é descrita para o *Dasein* como um caminho certo em que ao final de uma jornada estará a morte, mas expressa que essa realidade é antes uma possibilidade a qualquer tempo. Diferente dos que estão sob a influência da angústia, capaz de arrancar da inautenticidade quem está nela imerso, e por isso que se pode dizer que é na disposição da angústia que o estar-lançado na morte se desentranha para a presença de modo mais originário e penetrante. A angústia com a morte é o poder ser mais próprio, irremissível e insuperável, certa e indeterminada. (Heidegger, 1927/2005).

Sabe-se que o *Dasein* não tem acesso à perda ontológica vivenciada por quem morre. Entretanto, há uma compreensão prévia desse fenômeno como algo ontológico. Heidegger (1927/2005) destaca:

O “saber” ou “não saber”, que, de fato, sempre vigora em cada presença (*Dasein*), a respeito do ser-para-o-fim mais próprio, é apenas a expressão da possibilidade existenciária de se manter nesse modo de ser. O fato de, inicialmente e na maior parte das vezes, muitos não saberem da morte não pode ser aduzido como prova de que o ser-para-a-morte não pertence ‘universalmente’ à presença. Esse fato apenas demonstra que, de início e na maior parte das vezes, a presença, em fugindo, encobre para si mesma o ser-para-a-morte mais próprio (p. 33).

Percebe-se que “na morte, a pre-sença nem se completa, nem simplesmente desaparece nem acaba e nem pode estar disponível à mão” (Heidegger, 1927/2005, p.26). A morte é tomada, muitas vezes, no seu sentido negativo como algo banal. Porém, há uma dimensão positiva nesse contexto quando o *Dasein* assume sua condição de ser-para-a-morte. Existe na finitude um elemento de transcendência capaz de nos tirar das ocupações habituais. A tomada de consciência do ser-para-a-morte proporciona questionamentos acerca do ser na temporalidade do passado, presente e futuro assumindo, assim, a sua existência (Werle, 2003). Nesse sentido:

A marca fundamental desse pensamento é a finitude. Essa característica do ser humano foi omitida, esquecida, escondida pela atenção ao modo de ser dos objetos. Olhando para o ser humano pelas lentes ajustadas para os objetos não humanos, perde-se a especificidade deste ente, ou seja, sua finitude. Não há, para ele, transparência total, imparcialidade, que são ideais da ontologia da coisa. Isso porque o ser humano, em todas as suas realizações, existe no espaço e no tempo, limitado, dotado de características temporais e caráter histórico (Seibt, 2010, p.250).

Há, portanto, segundo o autor, um refluxo do futuro e do passado sobre a experiência presente. Desse modo, a temporalidade e a historicidade proporcionam ao ser-aí a compreensão da existência da angústia e da concretude da morte.

O Dasein, muitas vezes, se apropria de um discurso cotidiano impessoal sobre a morte, adiando-a para algum lugar e ocasião mais tarde. Essa postura impessoal encobre a possibilidade cotidiana da morte. O ser-para-a-morte enquanto ser de possibilidades precisa se relacionar com a morte de modo que esta possa se desentranhar na existência do ser e revele a condição de possibilidade da autenticidade da existência (Heidegger 1927/2005).

Segundo Nogueira (2009), nascemos e crescemos em um mundo impessoal. Nossa compreensão se concretiza a partir da mediocridade do cotidiano. Esse mundo inóspito nos tira a possibilidade da autenticidade de ser. Diante disso, vivenciar nossa condição autêntica seria necessário experienciar a angústia que desentranha o ser-para-a-morte. A compreensão da morte como a possibilidade de ser-no-mundo descoberta no confronto com ela na vivência da angústia constitui o maneira autêntica de existir. Nesse sentido, seria necessário a sustentação, mesmo que momentânea, da autenticidade, como valor primordial da vida, como destaca o autor: “a existência autêntica fixa perenemente o olhar na morte e tudo vê à sua luz” (p.119)

## 4. ESTRATÉGIA TEÓRICO METODOLÓGICA

### 4.1 Considerações sobre a pesquisa fenomenológica

*Uma pesquisa é sempre, de alguma forma, um relato de longa viagem empreendida por um sujeito cujo olhar vasculha lugares muitas vezes já visitados. Nada de absolutamente original, portanto, mas um modo diferente de olhar e pensar determinada realidade a partir de uma experiência e de uma apropriação do conhecimento que são, aí sim, bastante pessoais.*

(Duarte, 2002, p.38).

Foi compreendido, que contemplar as questões de pesquisa na dissertação apresentada, e que estivesse em harmonia com os referenciais propostos, a fenomenologia mostrou-se como um método, que filosoficamente entenderia a existência humana. Nesse caminho, este estudo configura-se como uma pesquisa qualitativa, de respaldo hermenêutico heideggeriano.

A fenomenologia pode ser compreendida como uma epistemologia, uma filosofia e um método. Surge como uma tentativa de análise do fenômeno, enquanto único e singular, e para tal propósito não realiza generalizações. O interesse, para a fenomenologia, não é o mundo objetivo, mas sim o modo como o conhecimento do mundo se dá, como se realiza para cada pessoa; o sentido que emerge dessa relação mundana (Holanda, 2006a).

É necessário que essa epistemologia que embasa a pesquisa possa ser compreendida como mais uma possibilidade de apreender a realidade, isto é, um caminho também possível para se conhecer e compreender as questões existenciais humanas levando em consideração a

relatividade da perspectiva do sentido de existir e que constitui o ser-no-mundo. A existência é ser no mundo e não algo dentro do mundo (Holanda, 2006).

Sokolowski (2004) relata que a fenomenologia descobre essa nova dimensão filosófica na tentativa de destituir o embate epistemológico do pensamento moderno. Surge como uma crítica ao paradigma moderno, buscando compreender o fenômeno como aparece e como se desvela. Tal proposta não pode ser considerada independente das experiências concretas de cada sujeito, ou melhor, de sua realidade social, econômica e política; afinal estamos falando de um ser-no-mundo-com-os-outros.

Torna-se, além de um método compreensivo, um paradigma revolucionário, que permite o aparecimento de novas perspectivas do conhecimento. Uma postura compreensiva da realidade que busca resgatar os sentidos das existências humanas. Logo, o método fenomenológico é a descrição das experiências vividas pelos colaboradores sobre um determinado fenômeno com a finalidade de compreender a experiência do vivido (Amatuzzi, 2001; Holanda, 2003,2006 b). Dutra (2002) assinala acerca dessa escolha:

A escolha de um método de inspiração fenomenológica parece o mais adequado quando se pretende investigar e conhecer a experiência do outro, uma vez que o ato do sujeito de contar a sua experiência não se restringe somente a dar a conhecer os fatos e acontecimentos da sua vida. Mas significa, além de tudo, uma forma de existir com-o-outro; significa com-partilhar o seu ser-com-o-outro (p.377).

Dessa forma, a fenomenologia se preocupa com a relação ser-no-mundo e os sentidos e significados implicados nesse envolvimento e na busca do fenômeno como se apresenta aos sentidos. Ou seja, há uma preocupação em compreender os fenômenos e não em somente descrevê-los e quantificá-los. Para tal propósito é preciso considerar as experiências de cada indivíduo. (Re) colocar o homem em relação com o mundo, sendo compreendida como

essencialmente intersubjetiva e mundana a todo o momento (Amatuzzi, 2001; Holanda, 2003,2006 a).

A fenomenologia, para Heidegger, se preocupa com o ser, com o ser-no-mundo ou *Dasein*, fazendo referência ao modo como o homem encontra-se com suas coisas e com as pessoas. Como o homem preocupa-se com elas, num mundo que lhe é familiar, remetendo também ao modo como o ser-no-mundo se aproxima das pessoas ou coisas e/ou se afasta delas. O *Dasein* já está sempre lançado no mundo e essa possibilidade se configura como uma “facticidade”, desenhando certas aberturas e limites do ser-aí. É importante ressaltar que nessa perspectiva não se aponta duas entidades separadas como sujeito e objeto, porque ser é junto ao mundo, como já sendo no mundo. A existência é abertura, e as dimensões essenciais dessa abertura são denominadas por Heidegger de “compreensão”. (Sá, 2010).

Bruns & Trindade, (2007) revelam que a compreensão se configura como uma condição constitutiva do humano que retrata o conhecimento que o homem possui do mundo. Essa compreensão, enquanto abertura da pre-sença sempre faz referência a todo ser-no-mundo e, portanto, toda interpretação se funda na compreensão (Heidegger, 1927/2005). Nesta dimensão Sousa e Cury (2011) acrescentam:

Realizar um estudo fenomenológico exige uma postura diferenciada por parte do pesquisador, condizente com a proposta metodológica deste modo de compreender a realidade. O pesquisador deve inserir-se no campo de pesquisa de forma cuidadosa, possibilitando que os elementos do contexto se revelem e o auxiliem na compreensão do tema a ser investigado por meio de encontros de natureza intersubjetiva com os participantes (p. 5).

Segundo Critelli (2007), não se tem como fundamento provar que a perspectiva positivista do conhecimento está equivocada, mas o quanto não pode ser considerado a única verdade. A Fenomenologia questiona esse modelo metafísico na busca da verdade absoluta e

apresenta outros caminhos possíveis do conhecimento levando em consideração a relatividade e a fluidez desse saber. Realidade essa que apresenta particularidades de cada existência humana, do modo de ser-no-mundo-com-os-outros a partir dos significados e sentidos atribuídos a essa vivência.

Assim, a pesquisa qualitativa se preocupa com uma realidade que não pode ser quantificável, isto é, trabalham com os significados, sentidos, crenças, valores, atitudes, o que satisfaz a um campo de pesquisa que se volta para as questões mais intensas do fenômeno e, portanto, não podem ser limitados aos aspectos quantificáveis e operacionais (Minayo, 1996).

#### **4.2-Apontamentos sobre o método clínico em pesquisa: construção e análise dos dados**

A pesquisa foi desenvolvida a partir do acompanhamento psicológico a um paciente fora de possibilidades de cura, por meio dos relatos escritos da pesquisadora-psicóloga das sessões de acompanhamento em diário clínico. Estes focalizaram a experiência vivida pelo paciente, tal como apreendida pela psicóloga na relação de intersubjetividades. Como destaca Allones (2004), nesse contexto o psicólogo se coloca como profissional e pesquisador ao mesmo tempo, isto é, a prática clínica e pesquisa clínica encontram-se articuladas de tal modo que seriam complementares e indissociáveis. Perante a complexidade e multiplicidade do lugar da prática clínica é que se revelam significativas a construção e reconstrução dos instrumentos utilizados. Nesse caminho, pode-se pensar numa criatividade metodológica.

Vale destacar que realizar pesquisa de cunho fenomenológico é poder, também, vislumbrar essa diversidade de métodos em busca dos sentidos, do vivido. Como afirma Holanda (2003), através de estudos realizados sobre as vertentes fenomenológicas de pesquisa, acredita que não há métodos específicos e únicos para se realizar pesquisa fenomenológica, “mas o que se tem observado é que existe uma variedade de formas de investigação de cunho fenomenológico, diversidade que não compromete o rigor científico dos procedimentos adotados” (p.36).

A pesquisa em psicologia clínica tem a finalidade de utilizar a observação, a definição e a explicação dos fenômenos e processos encontrados na sua prática da psicologia clínica para a elaboração do conhecimento. Desse modo, a prática desafia a teoria e a convida constantemente para a sua reformulação compreendendo que é na fronteira compartilhada pelos campos da teoria e da prática que se registra a pesquisa em psicologia clínica, como afirma Allones (2004):

Psicologia clínica, procedimento clínico, métodos clínicos, mantém com a teoria uma relação particular: mais do que aplicá-la, trata-se de interpelá-la, de discuti-la, de levá-la a julgamento. São nas articulações, recuperações, falhas, atrasos, insuficiências das teorias existentes, confrontadas às exigências das situações que um ensinamento teórico aberto, vivo, forçosamente multidirecionado, é possível e adaptado a seus objetos (p 21).

A ideia de que a pesquisa em psicologia clínica pode ser satisfatória para a prática clínica não é recente. De acordo com Borsa e Nunes (2008), existe a possibilidade de diálogo entre a pesquisa e a prática clínica. Esse diálogo pode ser conflituoso, quando cada lado se coloca numa posição imperativa; ou esse diálogo pode proporcionar uma contribuição mútua entre as duas práticas (pesquisa e prática clínica). Observa-se que o grande desafio ainda é o diálogo. A investigação científica em psicologia clínica pode proporcionar um amadurecimento e um desenvolvimento dos instrumentos metodológicos aplicados. Sendo assim, a prática clínica pode e deve auxiliar a pesquisa que, por sua vez, subsidia a prática, configurando-se como um estreito vínculo entre esses dois propósitos, que se mostram complementares (Castro, 1999).

Portanto, existe uma relação circular, em que a constituição do conhecimento clínico parte de apresentações teóricas e aplicadas para retornar a elas, isto é, a pesquisa necessita partir e retornar às questões clinicamente relevantes (Castro, 1999). Na pesquisa em

psicologia clínica, a produção do conhecimento se constitui como a finalidade principal do sujeito/pesquisador. Trata-se de adotar a prática por objeto, a fim de transformá-la e aprimorá-la em um tempo posterior, graças aos resultados da pesquisa desenvolvida (Allones, 2004).

A partir desses apontamentos, pode-se pensar a pesquisa não mais como uma prática que, fundamentalmente, tenha que seguir o rigor estabelecido pelo positivismo, por meio de uma atitude de neutralidade do pesquisador. A prática do conhecimento não é simplesmente seguir um caminho previamente estabelecido, mas poder refletir sobre o mundo a partir de “novos olhares e caminhos” na busca de espaço repleto de particularidades quanto aos procedimentos técnicos e metodológicos. Dessa maneira, a pesquisa e a prática clínica podem favorecer uma e outra, ou seja, os pesquisadores serão melhores se praticarem suas habilidades clínicas e a atividade clínica poderá ser melhor na sua prática se houver uma maior implicação com a pesquisa. Logo, torna-se necessário somar as qualidades de ambos e suavizar as lacunas que cada campo apresenta (Allones, 2004).

Na prática clínica tal complexidade fica ainda mais presente quando escolhemos a pesquisa qualitativa como referência para a pesquisa. Trata-se de um procedimento essencialmente construtivo-interpretativo, que tem suas raízes históricas na Antropologia Cultural (Holanda, 2003; Pinto, 2004). A pesquisa está sempre associada à realidade e à subjetividade do pesquisador. Esse tipo de pesquisa não anseia uma verificação direta dos resultados e conclusões, mas aspira conhecer e compreender os sentidos e significados do fenômeno estudado. Pode-se afirmar que a pesquisa qualitativa em psicologia clínica é sempre uma pesquisa-intervenção, pois na medida em que a prática vai sendo construída, ela é também investigada e interpretada e o próprio processo vai sendo transformado. Como destaca Dutra (2004) a psicologia clínica mostra-se como espaço de produção de saberes ao mesmo tempo em que a prática é desenvolvida.

Como aponta Sá (2010), a contribuição das reflexões da fenomenologia às práticas psicológicas clínicas, não é um reparo do modelo de cientificidade empregado ao campo da Psicologia, mas a possibilidade de posturas mais críticas e argumentativas em prol de uma não submissão às exigências da cientificidade. Desse modo, não importa o local no qual o ato clínico aconteça, mas a postura ética (*ethos*-morada) na escuta do outro com o outro. Como destacam Andrade e Morato (2004) esse *ethos* faz referência às posturas existenciais ou até mesmo concepções de mundo que norteiam o homem diante da realidade em uma atitude de acolhimento, de morada a diversidade humana.

Nessa proposta, pode-se dizer que compreender a experiência do sujeito vivenciando seu ser-para-a-morte em contexto de cuidados paliativos remete a uma procura desses sentidos e significados para esse indivíduo na sua condição mundana. Configurando-se como uma pesquisa qualitativa, busca-se a profundidade e intensidade desse fenômeno para que se possa compreender e desvelar os sentidos e significados atribuídos pelo sujeito a sua experiência de vida; nesse caso, a possibilidade concreta da morte. (Heidegger, 1927/2005).

Compreender os significados e sentidos atribuídos pelo sujeito nesse cenário já descrito exige algumas reflexões, entre elas, o fenômeno da morte. A morte é um fenômeno que muito tem intrigado tanto cientistas como pensadores contemporâneos, que encontram na análise fenomenológica, precisamente nos estudos heideggerianos, reflexões pertinentes para a temática em questão (Batista, 2006).

Compreender, segundo Heidegger (1927/2005) já é uma forma ontológica do ser-aí, ou seja, é a maneira que o homem tem de atribuir sentidos/significados a partir da compreensão. Levando esse termo para a pesquisa seria interpretar os significados e sentidos atribuídos pelo homem através da linguagem ao fenômeno vivido. A partir das narrativas do colaborador-paciente e da pesquisadora-psicóloga e, estando essa compreensão já instituída na condição do *Dasein*, a pesquisadora-psicóloga poderá narrar a experiência em primeira pessoa

possibilitando o acesso à experiência intersubjetiva vivida por ela na relação com o colaborador-paciente da pesquisa, favorecendo, assim, a compreensão dos sentidos que emergem nessa relação.

Os relatos de experiência podem ser definidos como metodologia que se utiliza da observação sistemática da realidade com o intuito de poder fazer correlação entre achados dessa realidade e os fundamentos teóricos pertinentes. Os relatos mostram-se como narrativas de experiência profissional podendo vincular-se com e entre os membros das equipes de saúde, outros profissionais, clientes, pacientes, familiares e grupos destinados à difusão de saberes e fazeres. (Dyniewicz, 2009). Esse tipo de metodologia envolve a pessoa que observa estruturando os saberes e registrando as interpretações, informações e subjetivações do pesquisador, tendo o cuidado de serem metódicas e sistematizadas.

Desse modo, a narrativa mostra-se como um instrumento que condensa a experiência com mais particularidades. Segundo Dutra (2002) “a narrativa contempla a experiência contada pelo narrador e ouvida pelo outro, o ouvinte. Este, por sua vez, ao contar aquilo que ouviu, transforma-se ele mesmo em narrador, por já ter amalgamado à sua experiência a história ouvida” (p.373).

### **4.3 Procedimentos**

4.3.1 Colaborador-paciente : colaborador-paciente adulto, do sexo masculino, com 63 anos de idade, vivenciando a proposta de cuidados paliativos, por se encontrar fora de possibilidades de cura. Veio a residir em Natal em 2009 para realizar tratamento oncológico. Morava em Aparecida do norte, cidade do interior de São Paulo, com sua mãe. Adorava escrever poemas e poesias, sempre guardando com muito sigilo. Seus poemas retratavam o amor e suas nuances nas relações da vida, bem como as aspirações e desejos e sonhos não concretizados. Retratava de modo sensível, a busca pelo prazer da vida em meio às tormentas

que a vida nos prepara. Tinha 3 irmãos. Uma irmã, que faleceu bem nova, com 4 anos de idade e um irmão que , também, faleceu na idade adulta. Teve a oportunidade de ter o acolhimento da sua irmã mais velha que reside em Natal para realizar seu tratamento. Foi casado por 10 anos, mas se separou ainda jovem. Desse relacionamento possui uma filha com 20 anos que continua a residir em sua cidade de origem. Durante boa parte de sua vida não trabalhou adquirindo hábitos não saudáveis para sua qualidade de vida. O cigarro e o álcool foram companheiros de sua jornada existencial, bem como estavam presentes na vida de seu pai. Todo esse percurso de vícios atrelados aos desafios da complexidade dos afetos desencadeou em sintomas corriqueiros. Quando, no início de 2009, já apresentava dores no ouvido e problemas inflamatórios na garganta, o quadro clínico já estava grave. Com o apoio da irmã e da mãe veio a Natal para iniciar tratamento. Chegou à cidade em junho do mesmo ano e em agosto de 2010 já tinha realizado a cirurgia. A realização desta impossibilitou-o de comer e falar, desencadeando, também, dificuldades auditivas. Nesse sentido, todos os encontros foram mediados pela comunicação escrita, além da linguagem gestual.

4.3.2 Período: oitos meses de acompanhamento ao colaborador-paciente, bem como sua família. Iniciado em janeiro de 2012 e finalizado em setembro de 2012. Totalizando vinte e quatro encontros em domicílio e dois encontros no hospital.

4.4.3 Coleta de dados: Como instrumentos de coleta foram utilizados os relatos das sessões de acompanhamento ao colaborador-paciente, sendo registrados logo após cada sessão de atendimento pela pesquisadora-psicóloga em diário clínico. Para tal proposta, os atendimentos foram realizados por meio da prática clínica psicológica com enfoque fenomenológico-existencial que visou interpretar o sentido e os significados que emergiram desse processo. A maioria dos encontros foi realizado em domicílio. Somente em alguns momentos visitei o colaborador no hospital.

4.4.4 Análise de dados: Foram interpretados hermeneuticamente a partir do relato de experiência da pesquisadora-psicóloga na condição de ser-no-mundo-com-o-outro (paciente/família). Levando em consideração a noção de ser-para-a-morte na ontologia Heideggeriana, bem como o diálogo com outros autores que abordam a temática estudada.

No campo filosófico o termo hermenêutico faz referência à arte da interpretação. Nesse sentido, são vários os estudiosos na história da humanidade que se debruçaram nessa perspectiva de compreender o mundo. Dentre eles, o filósofo alemão Martin Heidegger. Para a pesquisa em questão a filosofia desse autor embasa a interpretação da análise dos dados.

É necessário destacar que a fenomenologia heideggeriana da pre-sença é essencialmente hermenêutica no sentido originário da interpretação. Toda interpretação se funda na compreensão, pois a pre-sença projeta seu ser para o campo das possibilidades. Nesse caminho, o mundo já compreendido se interpreta. Há, de certa forma, uma posição prévia da condição do ser-aí numa condição circular e não acabada de sentidos e significados. Com isso, a interpretação nunca é compreendida como uma apreensão de um dado realístico isenta de pressuposições, porém não se configura como requisito norteador da compreensão do fenômeno. A compreensão enquanto abertura da pre-sença faz referência a todo o ser-no-mundo e seria um modo de ser e estar num mundo antes de configurar correlações científicas (Heidegger 1927/2005).

Nessa postura existencial foi possível analisar os relatos das sessões a cada vivência de atendimento com o colaborador-paciente. Compreendendo e interpretando suas frases e suas expressões, não desmerecendo a minha condição de ser-no-mundo-com-o-outro, foi possível discorrer um texto de produção de sentidos e significados como uma narrativa de história de vida do colaborador-paciente a partir da afetação da pesquisadora-psicóloga. Esse texto não tem a intenção de destacar unidades que demarcaram nossos encontros, mas de convidar o

leitor a experimentar a possibilidade de perceber a sublime narrativa de uma história de vida em meio às adversidades da existência.

Essa breve, mas significativa exposição permitiu entender a hermenêutica heideggeriana no processo de análise dos dados.

#### 4.4.5 Cuidados éticos abordados:

Neste trabalho, foram aplicados os cuidados éticos na oferta de explicações acerca do estudo a ser efetuado, possibilitando à família e ao paciente decidirem colaborar ou não. Diante dessa permissão foi proporcionado ao paciente, consciente e orientado, o Termo de Consentimento para obter sua permissão legal do estudo proposto. Nesse sentido, como dito, o Código de Ética proposto pela American Psychological Association (APA) norteou os passos da pesquisa, na medida em que foi levada em consideração a beneficência e não maleficência. Como psicóloga/pesquisadora houve o cuidado em beneficiar o colaborador e o seu bem-estar durante as sessões de atendimento psicológico, respeitando seu ritmo e sua condição física e psicológica no processo. O princípio da Fidelidade e Responsabilidade também guiou a conduta na pesquisa, estabelecendo relação de confiança com o paciente, família e equipe profissional envolvidos na assistência, propondo, dessa forma, uma prática respaldada na responsabilidade. Já o princípio da integralidade buscou promover a honestidade, precisão e veracidade na ciência, ensino e prática da psicologia. Nesta proposta, tentou-se maximizar os benefícios e minimizar os danos, levando ao princípio da justiça, no qual os direitos do paciente/colaborador devem ser respeitados para evitar práticas injustas. Diante desses propósitos busca o respeito pelos Direitos e pela Dignidade das pessoas envolvidas, respeitando as diferenças culturais, de sexo, raça, etnia, gênero, religião, orientação sexual, deficiências, situação socioeconômica no intuito de valorizar a vida humana.

## 5. COMPREENDENDO O SER-PARA-A-MORTE.

### 5.1 Relatos de uma experiência

*Para a cura do corpo é preciso amar a alma.*

*Danielle Soller, médica paliativista*

A morte, encarada como um acontecimento isolado da nossa condição humana, gera sentimentos desconfortantes, como se algo estranho acontecesse nos passos da vida. Desse modo, qualquer abordagem relativa a este tema inspira uma temática de considerações sutis, imprecisas e de amplos questionamentos. Segundo afirma Rubem Alves (1991):

Houve um tempo em que nosso poder perante a morte era muito pequeno. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a Morte foi definida como a inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, nós nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar. E nos encontramos diante do perigo de que, quanto mais poderosos formos perante ela, mais tolos nos tornamos na arte de viver. E, quando isso acontece, a Morte que poderia ser conselheira sábia transforma-se em inimiga que nos devora por detrás (p.15).

Estas preocupações conceituais demonstram o caráter polêmico do sentimento da morte na história da humanidade e suas consequências nas apropriações práticas nas áreas dos conhecimentos.

Para viabilizar a pesquisa em questão, realizei contato com algumas psicólogas que trabalham em instituições de saúde da cidade do Natal/RN. Esse primeiro contato, por telefone, viabilizou a possibilidade de responderem a um breve questionário aberto contendo perguntas acerca dos cuidados paliativos. Esses questionamentos nortearam os rumos da pesquisa na medida em que pude conhecer acerca dos hospitais da cidade que desenvolviam proposta de cuidados paliativos. Em seguida, enviei o questionário a seis psicólogas, obtendo resposta de apenas três. Como resultado, pode-se dizer que o movimento em cuidados paliativos em Natal é incipiente e mostra que o próprio conhecimento acerca da temática ainda é insuficiente.

Na mesma época, fiz contato com dois hospitais privados da cidade, nos quais procurei identificar a prática desenvolvida e aplicada a pacientes fora de possibilidades de cura vivenciando a proposta em cuidados paliativos. Em uma dessas instituições hospitalares, conheci o médico/diretor da instituição e a psicóloga. Nela, pude deduzir que os profissionais evitam o diálogo acerca da morte, como também, em relação à adesão a proposta em cuidados paliativos. Tudo isto leva a uma postura de distanciamento dos profissionais quando o paciente encontra-se sem possibilidades de cura. De qualquer sorte, foi possível estar presente em uma instituição hospitalar durante quatro meses, tempo suficiente para compreender que não há uma proposta em cuidados paliativos. Na realidade, o que existem são ações circunstanciais perante a finitude humana, embora ainda de natureza rudimentar. O que nos leva a deduzir, que não há conhecimento, por parte da grande maioria dos técnicos de enfermagem, equipe que mais tem contato com os pacientes, sobre o que significa e quais os princípios que regem a filosofia paliativa.

Devo esclarecer que a minha participação neste trabalho foi feita através de circulares, endereçadas aos departamentos responsáveis por questões ligadas a assistência, nos hospitais, no intuito de explicar o trabalho de pesquisa a ser realizado, enfatizando, naturalmente, a

delicadeza do tema e do estudo a ser realizado. Isso retrata o ocultamento existente no cenário da saúde com relação ao desfazimento da vida. Há um despreparo técnico, educacional e mesmo existencial dos profissionais da saúde em relação ao assunto em questão. Essa negação da morte por parte dos profissionais de saúde são formas de não entrar em contato com as experiências dolorosas, vivendo, assim, com a ilusão da imortalidade, pois dessa forma se experimenta a ideia de força e controle diante da finitude humana (Cassorla, 2009; Franco, 2009; Kovács, 1998; Kubler-Ross, 1998; Klafke 1991; Paiva, 2009; Santos, 2009).

Percebe-se, através da história da morte ao longo dos tempos, que os avanços tecnológicos reconstruíram o modo particular de encarar a morte, permeado pelos aspectos culturais e sociais. Atualmente, ela é vista como um fracasso, uma derrota. Há, portanto, uma busca frenética pela cura e para o prolongamento da vida nos cenários da saúde. Esta busca contamina os profissionais que atuam nesse campo, já que a Medicina, como ciência traça os caminhos da saúde com a visão de onipotência influenciando os demais serviços assistenciais nesse campo.

Diante dessas afirmações, fica evidente a dificuldade da prática médica em abordar a problemática da finitude com sensibilidade ao encontro e reconhecimento da nossa condição de ser-para-a-morte. É importante, como destaca Silva (2006) “a construção de um saber compreensivo que abdique do desejo desenfreado de dominação da modernidade, para abrigar-se em um saber ético, prudente e prático, desenvolvido no encontro com o outro” (p.256).

Não é desafio somente para os profissionais, mas também para o paciente e seus familiares. Sem isso, a comunicação torna-se falha e inconclusiva. Percebe-se que, se a equipe não demonstra certa tranquilidade e acolhimento às questões ligadas ao processo de morrer, a família e o paciente não encontram o conforto merecido nesse momento tão peculiar do ser-aí. Como ressalva Penha (2009) “é tempo de mudança. É tempo de compreender o cuidar,

enquanto oportunidade de aprendizado a partir da troca, da sensibilidade e da intenção consciente em estar junto com o outro” (p.90).

Com essas premissas e em apoio à questão, refiro-me ao acolhimento de um paciente e sua família numa instituição hospitalar visitada, ainda na busca de encontrar meu colaborador de pesquisa. São vivências e detalhes que não se pode negar para traçar reflexões. Nela, encontrei uma família, após ter recebido o diagnóstico de um câncer de intestino com estimativa de vida para seis meses. A família encontrava-se insegura para começar a compreender e, se possível aceitar o diagnóstico. Nesse momento, inaugura-se, de forma crítica e abissal a extensão da fatalidade. A família quer esquecer a dor pessoal centrada nas imprevisíveis reações do parente diagnosticado. Já começaram daí os conflitos entre a morte e a capacidade de enfrentá-la.

De igual forma, se os próprios profissionais não estão preparados para desenvolver a proposta em cuidados paliativos, imagine os pacientes e familiares na compreensão desse processo que não é dito ou refletido com eles. Tudo parece inovador e estranho. Como podemos trabalhar nessa perspectiva se não há espaço para vivenciar esse sentimento na sociedade em geral e, mais precisamente, nas instituições de saúde. Os hospitais são construídos como instâncias de reparação, e não como segmento de reflexão sobre a morte. Diante disso, o distanciamento reafirma que o lugar por excelência para a finitude não é preparado para tal condição. Nesses casos, é inevitável que a solução dos problemas resulte na procura da alma, mesmo que falte a fé.

Após um tempo de convivência com os profissionais da saúde e alguns pacientes nos hospitais já mencionados, foi possível reafirmar as reflexões desenvolvidas sobre essa temática nas instituições de saúde da cidade de Natal. Na verdade, não há serviços estruturados como preconiza a proposta de cuidados paliativos, o que mostra a carência não só

para o campo da Psicologia, como também para os demais profissionais de saúde, em termos de conhecimento e intervenções nesse campo.

Todo o contexto acima descrito ganhou o respaldo final quando pude conhecer a única médica paliativista do Estado. Foi a partir desse momento que minha caminhada em busca de efetivar minha pesquisa se consolida. É significativo relatar que os passos percorridos até esse encontro proporcionou reflexões significativas acerca do fenômeno abordado neste estudo. Nesse encontro, alguns questionamentos e interrogações vieram a confirmar o que, de fato, já compreendia. Foi nessa possibilidade de contato que a médica me encaminhou um paciente nessas condições.

No mesmo dia entrei em contato com a cuidadora/familiar do paciente. Através desse contato foi possível explicar a minha proposta de atendimento e de estudo com relação aos cuidados paliativos. Foi um momento importante no qual a breve narração da história de vida familiar possibilitou à mesma compartilhar as inquietações e dificuldades vividas por eles. Dessa forma foi possível entender as implicações familiares no cotidiano das relações afetivas no contexto de vida de uma pessoa fora de possibilidades de cura. O cuidado nas possíveis intervenções e o que poderia suscitar fez a mesma demonstrar certa preocupação. Nesse instante, expliquei a linha teórica que embasa minha prática e expressei meu compromisso e atenção para o percurso pelo qual caminharíamos nessa relação levando em consideração as observações colocadas por ela. Desse modo, instala-se o início de uma jornada de cumplicidade e cuidado para com a situação e todas as implicações que dela resultariam.

Cumpridas as formalidades das afirmações, finalmente tive o primeiro contato com o paciente encaminhado pela médica paliativista. De início, não pensei em um nome específico para substituir o nome verdadeiro do paciente, como recomenda a ética em pesquisa. Só depois, no trato diário com ele entendi que o nome Epicuro não estava longe das suas tendências e questionamentos de história de vida. Vou chamá-lo de Epicuro, um sábio grego

que preconizava que o maior bem da humanidade estava no prazer. A sua teoria afirmava a eliminação dos medos inúteis, moderando as necessidades para se alcançar a tranquilidade e quietude da alma. Este nome resume uma preocupação natural das pessoas em superar problemas na busca incessante do bem-estar. É um nome sinônimo de esperança.

Cada encontro foi marcado pelas necessidades humanas de alcançar o prazer, como a procura de algo que pudesse abrandar as inquietações da alma e pudesse lhe trazer quem sabe, a quietude tão filosoficamente apregoada.

Nesse ritmo, pude observar suas deficiências auditiva e oral, resultante de intervenção cirúrgica anterior, já em consequência da doença. É pertinente ressaltar que Epicuro, recebeu o diagnóstico de câncer na língua em agosto de 2009. A maioria dos meus atendimentos ocorreu em domicílio. Como consequência das intervenções realizadas, nossos encontros eram marcados pela comunicação escrita e pela linguagem gestual.

Embora limitado, o paciente revelou calma e certo conformismo, através de declarações escritas, nosso canal de comunicação. Percebe-se, também, que ele assume a plenitude das responsabilidades da doença em decorrência de hábitos e costumes não saudáveis adotados em sua vida. Com esta convicção, ele não culpa ninguém pela dor do sofrimento e pela antecipação presumida do seu destino existencial. É importante entender, nisso tudo, que a culpa assumida por ele não exclui uma ansiedade, fruto de um remorso implícito pelo que ele fez da própria vida e compreender, como destaca Seibt (2010): “A culpa é um estado originário de responsabilidade pelo próprio poder-ser, que não pode ser delegado para outrem” (p.14).

É truísmo afirmar que é fácil, nestas condições, a gangorra inevitável da morte com a vontade de viver. Como temos a morte como uma grande inimiga, quando essa possibilidade está próxima há uma busca por explicações que possam apaziguar nossos anseios e inquietações. Tudo isto retrata os resíduos de uma sociedade científica, isto é, para tudo é

preciso encontrar os fatores e as influências no intuito de explicar, demarcar e estigmatizar os aspectos da vida, principalmente na velhice, quando se instala o balanço do que se fez da própria existência.

Quando se chega a esta fase da vida, denominada senescência, a proximidade da morte transforma os nossos desejos e nossos planos. Epicuro sentia esse sentimento mais fortemente pela presença da doença e as condições inerentes a esse processo. Com 63 anos de idade, expressava, em nossos primeiros encontros, que não tinha mais idade para sonhar e revelava, em frases curtas e tímidas, certas frustrações dos seus desejos e vontades ao longo da sua história. A doença, assim, veio interromper possíveis realizações.

Cada momento é singular e desafiador, pois Epicuro demonstrava muita sonolência, como se as forças da alma e do corpo estivessem descansando da batalha da vida. Respeitando seus movimentos, nossos encontros eram marcados pela temporalidade da paciência e do cuidado. A cada encontro de olhares pequenas frases eram desenhadas na nossa singela comunicação. E, assim, caminhavam nossos encontros. Neles, percebia que existia certa dificuldade em mencionar a palavra morte. Diante disso, utilizava eufemismos para evitar pronunciá-la, uma vez que morte apresenta conotação agressiva na nossa cultura. Ariès (1977) expõe essa evocação da morte no curso da história da humanidade afirmando que na Idade Média, ela era tida como familiar, passando para o cenário atual com significados negativos e preconceituosos (Caputo, 2008).

Nos dias atuais, ainda evita-se falar acerca da morte, pregando-se a felicidade como modelo oposto à finitude. Com efeito, a morte é encarada como algo ruim e indesejável. Percebe-se esse sentimento na expressão de Epicuro quando afirma, através de eufemismos, que gostaria de “supervisionar de longe” sua filha e “esperar a hora chegar”.

Nessa experiência, permaneci tempo suficiente para entender que jamais as reações do paciente fora de possibilidades de cura, ocorrem de acordo com conceitos preestabelecidos.

Deixei que esse primeiro contato criasse um espaço de conhecimento e confiança. De certa feita, com uma pequena sacolinha de plástico na mão, ele retira uma santinha de Nossa Senhora Aparecida e me entrega num gesto de proteção. Entendi o seu silêncio e agradei. Foi um momento de muita solidariedade, onde eu pude entender que mesmo em corpos doentes, a almas não desaparecem. É um exemplo marcante da espiritualidade humana. Neste gesto, imagino um ato de profunda aceitação de sua própria enfermidade, não destruindo nela os cuidados de proteção aos que parecem saudáveis. É o processo da espiritualidade assumindo o vazio da finitude humana.

É o que se deduz quando afirma que desde que o homem se entende como ser racional, ele utiliza a espiritualidade para compreender os mistérios da vida, bem como as questões inexplicáveis pelo conhecimento (Santos, 2009). Vários estudos focalizam a importância das necessidades espirituais no processo saúde/doença. A própria definição, pregada pela OMS (2002), inclui a espiritualidade na proposta dos cuidados paliativos quando define:

Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (OMS).

É evidente que há muitos entraves no reconhecimento da espiritualidade como sabedoria de vida e por que não, como compreensões de destinos. Para o campo científico, na maioria dos casos, se não é considerada, é negligenciada. Com isso, o paciente vivencia o tratamento e possíveis cuidados sem compartilhar com seu médico e a equipe de saúde as suas crenças e devoções. Para Epicuro, os seus sentimentos perante as suas convicções religiosas foram respeitados e compreendidos pela equipe e sua família, significando, desse modo, uma abertura de possibilidades na sua condição de *Dasein* e ser-para-a-morte.

Afirma Stroppa & Almeida (2008):

A tradição religiosa ocidental dá ênfase a uma relação pessoal com Deus e com o próximo. Essas relações podem ter importantes consequências sobre a saúde mental, especialmente com respeito ao enfrentamento de circunstâncias difíceis de vida que acompanham a doença e suas limitações. Crenças e práticas religiosas podem reduzir a sensação de desamparo e perda do controle que acompanham doenças físicas. A percepção de uma relação com Deus pode oferecer uma visão de mundo que proporciona socorro e sentido ao sofrimento e à doença. Pessoas enfermas podem colocar suas habilidades a serviço da comunidade proporcionando-lhes um sentido para a vida (p.3).

Nessas condições, a espiritualidade ganha olhares e expressões significativas engajadas na natureza humana. Vale destacar que a espiritualidade indicada faz referência à busca pelo significado da vida e o relacionamento com o sagrado / transcendente (Pessanha & Andrade, 2009).

Com tudo isto, o *Dasein* está sempre vivenciando possibilidades, porque a vida é configurada como um projeto, na medida em que o ser-aí é lançado no mundo com uma pré-compreensão, rumo a essas condições mundanas e espirituais (Sá, 2010). Dessa forma, o ser-aí percorre a estrada de sua vida sempre em abertura e incompletude, desvelando e velando os seus sentidos. Daí resulta a manifestação interrogativa a todo o momento do *Dasein* questionando o sentido do ser e de suas limitações, no desejo do autocrescimento.

Na realidade, a cada encontro notava-se que Epicuro não perdia a esperança como alimento dos planos existenciais. Ora mostrava findado ao destino que estava vivenciando e ora revelava a fé/esperança de realizações de sonhos. Esse movimento era notório quando expressava que estava esperando os exames terminarem para voltar à vida normal e poder

rever pendências em sua vida. Sempre expressando que é uma coisa de cada vez. Deus era seu maior amigo nessa troca de pensamentos e sensações. Seu sonho era encontrar a pessoa ideal.

Em sua história de vida, permeada por movimentos de passividade, banhados pela sua experiência infantil, deixou marcas na alma. O que demonstrava implicitamente é que sempre ficou à espera de algo, alguém ou até mesmo respostas para acalmar as suas feridas existenciais. Nesse compasso, sonhar era a melhor alternativa, como forma de não desistir de fato de viver. Essa condição demonstrada por Epicuro retrata que o *Dasein* é sempre, até o fim, um ser de possibilidades. Tem sempre algo pendente, algo que ainda lhe falta, ou seja, seu poder ser. Essa condição não pode ser retirada, pois dessa maneira o próprio ser deixaria de existir. O pendente não lhe pode ser retirado (Heidegger 1927/2005; Seibt, 2010).

Durante todo o caminho do tratamento Epicuro não desistia de ter mais tempo de vida, desde aceitar a realização da cirurgia, bem como se submeter à quimioterapia, mesmo quando não teria mais efeitos para a cura. Nesse caminho, a fé e a esperança brotam não só como meio de barganha, isto é, como fonte de milagre à espera de vencer a morte, mas como outro possível caminho, que seria a possibilidade de explicações acerca dos mistérios da vida. Faça uma reflexão diante do exposto: será que através da barganha afetamos o reconhecimento de sermos-para-a-morte? Se desejarmos a cura através da fé, não aceitamos nossa condição mundana de finitude? Nesse ponto a inautenticidade permanece embaçando a nossa real compreensão.

Segundo Seibt (2010) compreende-se que faticamente o *Dasein* encontra-se decaído na cotidianidade que o afeta como ser impróprio para reconhecer a morte como possibilidade ontológica. A sua interpretação é de forma impessoal. Assim, não reconhece que essa possibilidade, vivenciada na angústia, permeia o curso da vida. Enquanto ser-com-o-outro, na convivência, a morte é conhecida como um evento habitual no campo da existência. Nesse propósito encena uma ambiguidade na qual demonstra ser um evento impessoal que tenta

mascarar a condição essencial de ser-para-a-morte, alienando o *Dasein* do seu poder-ser mais próprio

Sofrendo as consequências do tratamento, bem como do avanço da doença, Epicuro precisou ficar internado por uma semana para tratar de complicações do quadro clínico em decorrência do agravamento da doença. Nessa situação, fui visitá-lo. Nosso encontro foi marcado pela expressão de seus sentimentos em relação a mim. Eu percebia que ele tinha simpatia pelo nosso relacionamento. Embora não sejam comuns manifestações de simpatia nestas relações, em se tratando de um atendimento psicológico, com papéis definidos, pude compreender que mesmo em situações críticas as pessoas são capazes de se afeiçoarem. Quando falamos de afeição queremos dizer amizade, afeto e amor segundo as convenções dos sentimentos. Nesse sentido, o amor tomado nessa experiência seria uma “forma de existir caracterizada pela abertura, pela aceitação de si e dos outros, pelo cuidado, pela partilha afetiva, pela troca” (Andrade, 2007, p.1). Como revela este autor, o espaço terapêutico é o lugar do inesperado, do vir-a-ser, da abertura de sentidos e possibilidades. Assim, falar de cuidar é falar de amor e vice-versa.

Como destaca Heidegger (1927/2005) o cuidado integra a condição do próprio existir humano pelo fato de sermos-com-os-outros. O ser humano cuida, na postura de ocupação ou preocupação, participando ou solícito de seu projeto existencial. Quando falamos de preocupação criamos laços afetivos numa postura de dedicação para com ou outros.

Diante disso, o que sobressai nessa experiência se aproxima dos pressupostos filosóficos e humanos acerca da nossa condição de ser-com-o-outro, bem como perceber as carências de afetos permeadas na sua história de vida que implicavam a exaltação dessas emoções.

O que parece é que pessoas que, a exemplo de Epicuro, levaram uma vida faustosa e desligada de compromisso com a sociedade, num dado momento de terminalidade se

redescobrem nos sentimentos da doação. A cada novo encontro, a reafirmação de que a humanidade é capaz de esconder segredos do amor inimagináveis. Nas pessoas fora de possibilidades de cura é comum se observar que a presença, mesmo de estranhos, tem uma aceitação voluntária e valorizada. Percebe-se que nesse contexto essas pessoas aceitam sem procurar, as ofertas da convivência, como se fossem seu próprio destino. Claro que, nessas circunstâncias, o psicólogo envolvido deixa transparecer com nitidez suas próprias humanidades, o que torna ambos, paciente e psicólogo, “iguais”. São explícitas as lacunas e incompletudes no caminho de sua história e mesmo diante da possibilidade da impossibilidade de ser: ser-para-a-morte, Epicuro ainda trazia a necessidade do afeto/amor como condição de realização de desejos da vida. Isto comprova que, quando se tem uma relação de aceitação e acolhimento às revelações dos sentimentos, estes transgridem as contenções das emoções.

Compreender as expressões trazidas, explícitas ou implicitamente por Sonho, no cenário descrito, requer um olhar contextual para a sua rede familiar. Trabalhar em cuidados paliativos demanda essa postura contemplativa na dimensão dos afetos. A família, como destaca Pazin (2004) “sempre foi e continua sendo o grande cadinho das experiências humanas” (p.57). É necessário enfatizar que a família não só vivencia as turbulências que a gravidade de uma doença anuncia como, também, carrega os conflitos de uma história de vida familiar.

É o que se pode constatar nas revelações trazidas pela mãe de Epicuro. Ela é um exemplo singular, porque traz depoimentos de vida não diretamente ligados à doença terminal do próprio filho. Os seus anseios e frustrações na decorrência da vida assinalam os pontos de colisões dos sentimentos humanos no processo da convivência. É verdade, então, que não é apenas uma doença terminal que monitora o derrame dos sentimentos, porém, a soma dos

apegos e desapegos convividos na constância da existência. Daí, porque a mãe de Epicuro insistia em priorizar os seus problemas pessoais em relação à temática da morte.

É tão grande o impacto do sofrimento de uma vida órfã, que o impacto da morte se esconde nos bastidores do cenário humano. A cada encontro narrava sua história de vida pontuando vivências específicas e lembranças marcantes ao longo de sua existência. Como destaca Dutra (2002) “A narrativa contempla a experiência contada pelo narrador e ouvida pelo outro, o ouvinte. Esta, por sua vez, ao contar aquilo que ouviu, transforma-se ele mesmo em narrador, por já ter amalgamado à sua experiência a história ouvida” (p.373). A possibilidade de contar e recontar os fatos da vida permitiu à mãe de Epicuro reelaborar as dimensões dos afetos implicados na condição humana. Nesse cenário, pude compreender as precisões de ser-com-o-outro-no-mundo. De um lado uma psicóloga/pesquisadora na sua disponibilidade de escuta e acolhimento; do outro, a mãe de Epicuro com necessidade de expressar suas emoções. Ambas com intuitos de apreciar a mesma história. Como enfatiza AmatuZZi (2008):

Enquanto não for dito ou atualizado na plenitude de um dizer ou de uma personificação, um sentimento permanece vago e sufocador. A partir do momento em que ele é dito, algo se transforma, se libera. O próprio sentimento deixa de ser vago e sufocador. E dá lugar a outros sentimentos (p.65).

Compreender os enunciados trazidos pela mãe de Epicuro proporcionou-me ser afetada pela sua existência. Nesse caminho, como psicóloga, pude entender que a vida é um emaranhado de sentimentos que precisamos organizar de modo a não tropeçarmos nas circunstâncias da vida. Esta vida não pode ser mudada enquanto permanecer tão confusa e desorganizada na esfera dos sentimentos. Por mais que se narre, aparentemente, a mesma história, sempre há novos sentidos e apreciações dos mesmos fatos, pois narrar uma história é sempre reconstruir novas possibilidades, mesmo que não se pareçam explicitamente. Foi

nesse modo de ser e estar com outro no mundo que permitiu ao homem ser sensível ao sofrimento humano.

Busca-se, em vários momentos da vida, a felicidade como meta de realizações. Diante disso, desconsideramos a nossa condição peculiar de vivenciar o sofrimento como inerente à existência humana. Compreendo que não é fácil sentir as dores das frustrações emotivas que o homem passa ao longo da sua história; porém, cada vez que enxergamos essas dores como alheias, nos distanciamos de desfrutar das potencialidades que emergem diante das dores da alma.

Percebe-se que a mãe de Epicuro, mesmo com a submissão natural ao sofrimento, ou seja, sem questionamentos filosóficos e existenciais ponderava os fundamentos das dores e do sofrimento. Cada vez que questionava suas escolhas, mais sofrimento emergia dessas lembranças. As dores já tinham marcado a alma de modo que não conseguia reestruturar e admirar a beleza das possibilidades existenciais disfarçada no sofrimento. Mesmo diante das lembranças cravadas no mundo dos afetos, há sempre a oportunidade de encararmos o sofrimento como um atrativo dialético. Assim, é fácil não considerá-lo um peso insuperável.

Nesse emaranhado de emoções, a irmã e cuidadora oficial de Epicuro também vivenciava suas dores e lamentos. A responsabilidade das decisões, no que concerne à vida e à morte, muitas vezes maltrata a alma quando a culpa e as lacunas persistem em ganhar forma e lugar. Aos poucos o desgaste emocional vai cedendo às vontades de desfecho como modo de abrandar o sofrimento. Como se a dor e o incômodo, que, muitas vezes, é gerado no exercício de cuidar de paciente fora de possibilidades de cura, clamasse por uma saída, por uma terminalidade. É compreensível essa conduta, quando as dores da alma pairam no limiar dos nossos suportes. Há o desejo de “desligar” a situação na tentativa de reencontrar a paz, a tranquilidade.

É com base na experiência pessoal que o homem constrói suas crenças acerca do mundo, levando em consideração os aspectos cognitivos e afetivos dessas vivências. Tudo isso influenciará no modo como emergem os sentimentos acerca da morte, principalmente os acontecimentos que acreditamos estarem fora dos planos existenciais, ou melhor, fora do controle da ação humana. Dessa forma, há um aumento da ansiedade perante a finitude, como afirma Pisetta (2008):

A experiência da morte desafia continuamente a nossa compreensão. Este desafio assume múltiplos sentidos. Podemos pensá-la como aquele fenômeno que sempre resiste às mais insistentes tentativas de controle. Ou como aquele fenômeno que, de tão terrível, absurdo, arbitrário, ilógico, somente pode encontrar um sentido numa experiência que ultrapasse os limites da existência humana, fincada no aqui e agora de um ciclo vital limitado. Ou também como o extremo sem sentido da vida, de nossa existência, trazendo como consequência a impossibilidade de qualquer abordagem. Podemos, inclusive, nos moldar a uma determinada experiência de morte, construindo todo um comportamento “simpático” com aquilo que, sem muita reflexão, acreditamos compor o seu ser. E muito mais. Tudo isso porque, afinal, a morte ainda não veio mas já sempre nos afetou antecipadamente de alguma forma, produzindo uma dolorosa consciência e gerando os mais diversos comportamentos pessoais ou coletivos (p.252).

Nesse embalo de modos de encarar, ou melhor, de explicar nossa finitude, muitas vezes a possibilidade desse fenômeno nos espanta ou gera uma admiração, como se não pertencesse à condição humana. O ser humano é a todo momento *ser-para-o-fim*, pois “viver e morrer são faces de um mesmo compertencimento” (Pisetta, 2008, p. 260).

Segundo Heidegger (1927/2005) a morte configura-se como uma possibilidade que a pré-sença necessita assumir. O ser-para-o-fim está implicado na condição de estar lançado no e com o mundo. Mesmo que explicitamente não demonstre saber da própria morte isso não

significa que a condição de ser-para-a-morte não pertence à pre-sença. Esse filósofo ressalta que “o projeto existencial de um ser-para-a-morte em sentido próprio deve, portanto, elaborar os momentos desse ser que o constituem como compreensão da morte, no sentido de um ser para a possibilidade caracterizada, que nem foge e nem encobre” (p.44).

Ter a oportunidade de acompanhar um paciente fora de possibilidades de cura exige uma habilidade técnica, mas acima de tudo uma maturidade emocional e uma disponibilidade no cuidar desse paciente. É preciso entender o silêncio e não só as palavras que emergem nesse cenário. É necessário compreender que o tempo demarcado pelos afazeres da vida já ganha outra conotação no contexto da finitude humana. Nesse momento, já não tem tanta importância a busca por um bom trabalho, os desejos materialistas e até as realizações de status na competitividade do mundo moderno. Existe, sim, a disponibilidade dos afetos como carreira peculiar na temporalidade próxima da morte.

Hennezel e Leloup (2009) destacam que aqueles que vivem demasiadamente no passado ou projetando o futuro não estão em paz. Os autores relatam que nosso medo da morte é proporcional ao nosso medo do amor e afirmam que:

Devemos passar do tempo *chronos* que nos devora (o tempo dos relógios) para o tempo *kairos* que nos desperta (o instante, o instante propício). Já não temos o tempo de vir a ser, mas o tempo de ser, na intensidade do instante. Já não temos tempo, mas instantes... para viver; instantes favoráveis, *kairos* (p.77)

Nestas condições, como se disse, é salutar que vivenciar a proximidade da morte desperta sentimentos que, ora nos abrandam as lacunas existenciais, ora podem angustiar pelas carências não vividas. Seja como for, cada experiência é única e peculiar e essencialmente humana para desfrutar das emoções perante o processo de morrer.

Neste conjunto de observações e questionamentos, fica registrado, no meu currículo de experiências, ganhos psicológicos e profissionais, indicadores acerca da morte e do morrer.

Estar disponível para o outro, que se encontra na arte de morrer, é poder permitir o desvelamento da finitude à pre-sença. A cada encontro podia estar mais próxima, também, da minha morte, do findar-se de mim e dos outros que me cercam. É uma experiência que despertou muito mais o propósito do que achaques da morte.

Compreende-se o cenário descrito quando lançamos um olhar para a história da humanidade e as representações acerca da morte em cada período histórico. Nas revelações dos tempos transcorridos pode-se notar que a morte sempre inquietou o homem e vai cedendo lugar de ator principal para bastidores da cena. Da acolhida familiar, na Idade Média, para os recantos dos hospitais, na contemporaneidade. Tudo isso, também, influencia a maneira de encarar a terminalidade nos dias atuais. Diante disso, são justificáveis as tentativas cotidianas de negação da morte e processo de morrer. Hennezel e Leloup (2009) destacam:

O mundo que nos rodeia não nos ensina a morrer. Tudo é feito para esconder a morte, para incitar-nos a viver sem pensar nela, em termos de um projeto, como se estivéssemos voltados para objetivos a serem alcançados e apoiados em valores de efetividade. Tampouco nos ensina a viver. No máximo a ter êxito na vida, o que não é a mesma coisa. Trata-se de fazer, se ter cada vez mais, em uma corrida desenfreada em busca de uma felicidade material a respeito da qual acabamos por perceber, mais cedo ou mais tarde, não ser suficiente para conferir um sentido às nossas existências (p.17).

Outro aspecto que traz em seu cerne a representação da morte diz respeito à imagem do processo saúde/doença/morte que aos poucos foi se agravando, no caso de Epicuro. Essa imagem reafirma os modos simbólicos como a finitude é encarada ao longo da história. Pode-se apontar, como exemplo dessa situação, quando a mãe de Epicuro retratava o quanto estava sendo difícil ver seu filho com uma doença grave, que aos poucos foi desconfigurando a imagem sadia e demonstrando uma aparência “medonha e transformada”. As mudanças

corporais, decorrentes de agravos patológicos, afetam nossos sentimentos, na medida em que reafirmam a finitude como condição existencial e nos distancia das impressões valorizadas na cotidianidade. Essa condição só reafirma que as descofigurações decorrentes do processo biológico retiram a beleza da vivacidade e retratam a nossa condição mortal.

Mesmo vivenciando a realidade que opera na desconstrução de nossos preceitos a mãe de Epicuro expressou o quanto foi difícil receber o prognóstico pelo médico, pois a verbalização deste foi desapropriada de caridade quando denuncia que: “Seu filho está no fim”. Essa citação da mãe ganha respaldo maior quando, em um dos momentos com a irmã de Epicuro, esta relata que sentiu falta de uma postura mais compreensiva e aproximativa do médico cirurgião para com Epicuro em seus meses finais. Como se nada tivesse mais ao seu alcance, isto é, a cura. Diante disso, pode-se refletir o quanto ainda existe o distanciamento de nossa condição de finitude e a inautenticidade de ser-para-a-morte.

Como retrata Silva (2006) “os pacientes à morte são uma ameaça ao poder médico. portanto, a morte é silenciada também nos hospitais. A linguagem nessa instituição denuncia este fato” (p. 89). O que a mãe de Epicuro argumentou foi em relação à indelicadeza como foi pronunciado o “fechamento” de um ciclo vital, ciclo este que dizia respeito ao seu filho. A comunicação, nesse cenário, é pertinente para um relacionamento que incorpore o cuidado na prática assistencial. Percebe-se, que uma das mais delicadas posturas, na condição existencial de ser-com-o-outro-no-mundo, é ouvir as vozes daqueles que sofrem.

É fato, que já conhecemos ou pelo menos já ouvimos falar de posturas médicas desprovidas de sensibilidades. A formação médica não permite, muitas vezes, um lugar para o reconhecimento do que é da ordem da sensibilidade e dos afetos.

O médico, na maioria das vezes, não é preparado em sua formação para lidar com as emoções que afloram no processo saúde/doença. Há uma especialização na busca da cura como requisito primordial de uma boa assistência. Aí, quando os planos da racionalidade

médica se deparam com os desvios pertencentes ao desenvolvimento da vida, a tendência é o afastamento e quem sabe o aniquilamento das relações estabelecidas no percurso de tratamento. Nesse caminho, o paciente e a família se veem desamparados e desalojados do cuidado inerente à prática médica (Franco, 1998; Kovásc, 1992; Santos, 2009; Silva, 2006).

Rubem Alves em seu texto “Sobre a morte e o morrer” retrata a sabedoria das escrituras sagradas, expressando que há tempo para tudo, como nascer e morrer, e que é necessário apreciá-las como irmãs. Nesses passos exige que possamos ser sábios para permitir que a finitude de nossos dias chegue quando a vida precisar ir. Essa dosagem de equilíbrio entre a vida e a morte, em vários instantes, é renegada pelo campo da medicina. É imprescindível combinar a técnica com os aspectos da humanização, ou melhor, como destaca Silva (2006):

Precisamos pensar em instrumentos capazes de iluminar novas pistas, re-descobrir o fazer científico, o saber-fazer na saúde; em que o hiato entre a dor e alegria, médico e paciente, técnica e cuidado encontrem novas formas de expressão capazes de no pensar e no cotidiano de nossas instituições de saúde resgatar o humano que há em nós (p.4).

Decerto que essas posturas acadêmicas distanciam a beleza e a contemplação do mundo dos afetos. Reconheço que, em cada tempo, há os desafios que emergem diante da complexidade humana. São admiráveis os avanços tecnológicos e biomédicos visando qualidade de vida e a cura para os males do corpo. Entretanto, é desalentador perceber que cada vez mais existem as lacunas e brechas entre o médico e seus pacientes, talvez, na promessa contínua de poder não sofrer na possibilidade de encontrar os vestígios da morte.

É necessário reconhecer que, como anteriormente já explicitado, o sofrimento é aliado da alegria, quando enxergamos que os dois equilibram a dança da vida. Assim, seria interessante que pudéssemos, no campo da saúde, reconsiderar a doença, a morte, o

sofrimento como partes inerentes do *Dasein*. No contexto em que a mãe e a irmã de Epicuro precisavam se sentir amparadas, faltou o conforto médico. Nesta oportunidade, ressalta a necessidade, não menos importante, de acompanhar e proteger as dores do impacto da morte no paciente e nos familiares.

A proximidade da morte não pode prescindir de uma presença médica como a extensão de sentimentos da humanidade, porque a história de cada ser humano traz laços históricos de afinidades e de solidariedade. Cada família vivenciando as vésperas da morte não pode ser relegada ao isolamento de uma solidão pessoal. É necessário que as relações sociais, havidas nas constâncias da vida, não reneguem o instante final. Nestes momentos, a figura do médico ganha um respaldo significativo. Assim, percebe-se a importância de uma participação efetiva de um profissional no campo da medicina paliativa. Essa presença médica posso afirmar, definiu novos rumos e os sentimentos ganharam destaque no cenário das relações entre médico e o paciente Epicuro.

A cada leitura dos escritos por meio dos quais a médica paliativista conversava com Epicuro notava-se que a relação de cuidado era permeada pelo amor à vida e compreensão da morte e do processo de morrer. Havia a preocupação com a sua condição humana de existir aliada à sabedoria das técnicas e conhecimento. Como destaca Areco (2011) “Uma vez implicado no sofrimento alheio, o cuidador passa a se utilizar de sua profissão para prestar ajuda autêntica e pessoal, desembocando em uma intensa abertura ao outro” (p.53).

Acredito que meditar acerca do significado da vida é poder compreender a morte como um fenômeno intrinsecamente implicado na disponibilidade de ser. Mesmo acompanhando a experiência da morte dos outros não é possível vivenciar ôntica e nem ontologicamente o fenômeno da morte de si mesmo, até porque ninguém pode assumir a terminalidade do outro. O que, de fato, fazemos, como cuidadores de pacientes fora de possibilidades de cura é poder em momentos íntimos e humanos, reconhecer a autenticidade de sermos-para-a-morte

desafiando, assim, as implicações existenciais de um mundo inautêntico e negador de nossa condição tão ontologicamente nossa.

O *Dasein*, ser-aí ou pré-sença, como afirmado por Heidegger (1927/2005) é jogado no mundo em que ele próprio co-pertence. É aí que a inautenticidade ganha destaque por significar o distanciamento do homem de sua condição real, isto é, da sua natureza mortal. Quando exercermos nossa autenticidade desvelamos o ser-para-a-morte pertencente em toda jornada existencial à nossa condição, mas camuflado pelas verdades corriqueiras da vida.

Caminhando assim, a angústia, suscitada nesse cenário, proporciona ao homem resgatar o rumo de sua totalidade e isto inclui a finitude humana. A vivência da temporalidade pode se dar na inautenticidade, assim como na autenticidade. A autenticidade da temporalidade dá-se através da inquietação, que possibilita ao homem ultrapassar a vivência da angústia e retomar o seu destino e não ser simplesmente levado pelo este.

Todos nós, em meio a este mundo inautêntico, precisamos rever nossos planos de vida, não esquecendo ou não negando nossos planos de morte. Tudo isso, no intuito que a batalha entre essas instâncias deixem de ser a oposição para permanecer no co-pertencimento.

Os cuidados oferecidos pela equipe permaneciam de forma afetuosa e companheira nos dias que se passavam. A música, as conversas, os toques eram corriqueiros como modos de acolhimento e despedidas. De acordo com Moraes (2000) o processo de morrer, muitas vezes, regado de muito sofrimento é fruto dos desnorreamentos culturais quanto à morte. Os profissionais envolvidos na assistência a Epicuro tentavam encarar a terminalidade do mesmo como um descanso para suas dores e possíveis frustrações.

É uma maneira corriqueira de trabalhar o sofrimento na possibilidade de perda do outro, no qual chamamos de luto antecipado. Esse luto representa a vivência pelo possível rompimento do vínculo, que é elaborado no processo de adoecimento com possibilidade de morte. Seria o processo de elaboração do sentimento de pesar devido à perda de uma pessoa

querida, que geralmente desencadeia muita tristeza (Franco, 2009; Parkes, 1998; Tada & Kovács, 2007). Nesse caso, existe uma elaboração da possível partida de Epicuro considerando uma melhor “saída” para as dores da alma e do corpo. No centro desses questionamentos a religiosidade, que já habita a vivência explicitada, ganha força e abrigo na existência da alma.

Rever ou resignificar os sentidos de ser-para-a-morte possibilitou a Epicuro, em muitos momentos, reconsiderar a finitude como algo inerente à vida. Em seus últimos momentos, mesmo que a inautenticidade imperasse, havia vestígios de ser-para-a-morte. Nessa estação não há fuga nem escapatória que prevaleça.

O *Dasein* imerso na inautenticidade e permeado pela angústia pode deparar-se com a verdade essencial de sua existência: a temporalidade e o ser-para-a-morte. Sabe-se que a morte é a última possibilidade e a mais concreta faceta humana. A autenticidade é, portanto, aquela existência marcada pelo autodomínio diante das possibilidades da vida, no qual não são as circunstâncias ou entes que dirigem os pensamentos ou a ação do ser-aí, mas sim, o próprio eu, que apropriado de sua condição temporal na possibilidade de ser-para-a-morte conduz o seu próprio destino, dando o sentido que melhor lhe convém. Dessa forma, a morte torna-se a impossibilidade do ser-aí (Naves, 2009; Rocha, 2011).

Entender a sabedoria filosófica heideggeriana no contexto dos cuidados paliativos permitiu ampliar minha inquietação diante dos encontros e a produção de vida que emergiu na prática assistencial, mais precisamente nos momentos finais de acolhimento a Epicuro e sua família.

Poucos escritos, poucos olhares já marcavam, talvez, o cansaço de existir naquela condição. Nossos encontros eram contornados pela presença de estar-com-o-outro, quem sabe na tentativa de amenizar a solidão existencial desse momento. Nessas circunstâncias, o tempo de morrer é permeado de simbolismos. Nessa dimensão Hennezel e Leloup (2009) revelam:

O “tempo de morrer” tem um valor. Portanto, deve ser respeitado porque tem um sentido, mesmo se este nos escapa. É o tempo das últimas permutas de vida, o tempo de fechar o círculo, o tempo de preparar-se para passar para a “outra vida”, seja qual for à representação que dela se tenha, e mesmo se essa outra vida permanece um mistério completo (p.40).

Na afetação por compartilhar os sentimentos que Epicuro vivenciou ao longo do processo terapêutico alguns podem ser apontados com base nos estudos de Elisabeth Kubler-Ross e Marie Hennezel, ambas estudiosas do assunto em questão devido à dedicação em acompanhar pacientes em fase terminal.

Embora, o olhar fenomenológico heideggeriano nos afaste de conceitos generalistas ou reducionistas, não poderia deixar de mencionar algumas aproximações reveladas por Epicuro em seu processo de morrer. Notou-se, assim, alguns sentimentos de negação, barganha e aceitação propostos por Kluber-Ross (1998) estavam presentes, ora confusos e ora delimitados ao curso de sua vivência, após diagnóstico. Já com relação aos apontamentos proposto por Hennezel e Leloup (2009), as emoções ligadas à dúvida, fé e a paciência marcam a sua condição nesse momento. Mesmo apresentando tais fases ou ritos existe algo particular que demarca nossa singularidade. Epicuro demonstrava a passividade de um ser como se estivesse à espera de algo ou alguém. Isto faz referência com sua história de vida e com a espiritualidade em que acreditava.

Cada dia que se passava mais próximo estava de sua terminalidade. De um modo ou de outro, a família, nesse andamento, se fazia presente e compreendia que os laços terrenos em breve precisavam ser desatados. Desprender-se é saudável e não deve ser comparado com desamor, pois é soltando as amarras que encontramos a liberdade de sermos e a completude de nossa existência, pois a morte é nossa última possibilidade.

Coexistindo ao seu lado, nesse processo, e afetada pela nossa condição de ser-com-o-outro-no-mundo, senti que era chegado o momento de me despedir. Esse dia, mais que em outros momentos, foi marcado pelo toque e pelo carinho nas ações de cuidado. Epicuro, já não abria mais os olhos com facilidade, permanecendo, em muitos momentos dormindo. Com certeza, estava ali desenhada a configuração dos grandes silêncios. Em todo desenlace, o silêncio não existe apenas para quem vai, mas também para quem fica. Eu precisava romper esse silêncio, com a minha fala. Sabendo de suas limitações, procurei, segurando a sua mão, juntar as dores das despedidas. Neste instante, não se procura ressonâncias, mas descobri afinidades nas incompreensões da vida e nas infinitudes da morte. Não sei se falei o que ele precisava escutar, mas, com certeza, eu disse o que experimentei sentir.

Esses momentos finais são ricos em especulações, não só pelo estágio avançado da doença, como ainda pelo excesso de medicação. Nesse sentido, pode-se refletir esses momentos finais como entrega do corpo a vida terrena e a liberação da alma. Olhar para Epicuro era poder compreender os sinais da sua intimidade no processo de morrer. Nele, não se percebia nem revolta, nem dor. A placidez natural de quem não carrega mais o peso de ter que viver.

A sensação da despedida leva em consideração os passos da história. O significado não está no simples tempo passado, mas nas ações e sentimentos que narram esse momento da história. Diante disso, fui contemplada por um sentimento de tranquilidade, não só nas lembranças que apontavam modos de cuidado e disponibilidade, como também na riqueza dos nossos encontros para minha caminhada existencial. Levo comigo que cada momento da vida é como uma estação, com suas belezas e seus desafios. Estar ao seu lado, na proximidade da morte, era compreender que a dança da vida tem um momento final, ou seja, é desvelar, pelo menos em alguns instantes, a autenticidade de ser-para-a-morte. Como diz Nogueira (2009):

A posição do ser-para-a-morte como horizonte derradeiro da ação que verdadeiramente nos realiza é, em última análise, a afirmação de um nihilismo que torna baldadas as buscas e os esforços humanos, na medida em que tudo fatalmente acaba na morte. Nossa finitude e contingência são, neste sentido, sem remédio. Diante delas a única atitude válida é aceitá-la corajosamente, despindo-se de qualquer ilusão. Daqui o halo de heroísmo que acompanha o agir resolutivo. Tal se me afigura o desfecho de uma ética da autenticidade, que não vê outro sentido para a vida que o da imanência no mundo e vê na morte o sentido último diante da qual não se abre nenhuma porta para além dela. A existência autêntica fixa perenemente o olhar na morte e tudo vê à luz dela (p.119).

Epicuro, como já disse, mostrava-se tranquilo e sereno em seu processo de morrer. Em muitos momentos, estava amparado pelos cuidados da enfermagem que zelava pela harmonia do ambiente, mas acima de tudo, pela relação pautada na integralidade e compreensão das necessidades em seus últimos momentos.

Foi num dia comum que a pre-sença de Epicuro mudou a forma de existir e partiu para algum lugar, quem sabe onde. Nesse dia, ninguém sabe o que foi maior, se o conforto da ausência do sofrimento dele ou o início de uma saudade permanente.

Esse sentimento de conforto, em acreditar que a morte é sempre um descanso só para quem vai, traz para a nossa inquietação de ser-com-o-outro, em cenários de sofrimento, uma possível paz e aceitação dos fatos. Não desconsidero que esses apontamentos atenuam as dores e nossas limitações em entender que não somos eternos. Porém, é importante não só aceitar, mas também, proporcionar espaços de locuções acerca da morte e o morrer, principalmente no seio familiar. Essas vivências, podemos perceber melhor, em cenários como o velório, enterro e nas missas de sétimo dia. Não foi diferente no velório de Epicuro acerca destes questionamentos.

Em seu velório, muitos conhecidos da família; entretanto, poucos que acompanharam sua história. Em poucos instantes, intensas reflexões me permitiram entender o quanto essa vivência é um retrato de nossas construções sociais e dos afetos que puderam existir. Não afirmo que Epicuro não teve suas relações expressivas, porém, quando nos distanciamos de nós mesmos acabamos de esquecer e ser esquecidos pelos outros. Todavia, não temos como passar pela vida sem afetar e sem ser afetado pelos que nos cercam e com essa afirmação compreendo que Epicuro, talvez, não fosse o galã das atenções, mas com bravura foi autor e ator de sua história poética.

Como proposta em cuidados paliativos, semanas após o velório, fui visitar a família de Epicuro e acolher a elaboração do luto. Foi possível compreender, como destaca Moura (2011), que “partir, nos contextos das despedidas, significa afastamento ou mudança de lugar na geografia dos espaços”. Pairava um sentimento de completude e tranquilidade no seio familiar com relação à morte de Epicuro, como se reconhecessem a pre-sença em outro modo de existir, porém na completude das possibilidades. Pois bem, minhas visitas estavam chegando ao fim. Para mim havia, também, uma elaboração de afastamento desse cenário de assistência e cuidado. O que marca, nessa passagem, é a sensação de disponibilidade ao outro e o reconhecimento de nossos limites e potencialidades, mesmo na proximidade da morte. Cada tempo tem seu momento final. Já afirmavam Hennezel & Leloup, (2009):

A morte não é um fracasso. Ela faz parte da vida. É um acontecimento que se tem de viver. Uma “realidade vigorosa”, dizia Teilhard de Chardin, uma realidade que nos desperta, nos obriga a tomar consciência de nossos valores mais profundos, uma realidade que nos convida a criar, pensar, procurar um sentido (p.40).

Diante do que foi dito ou declarado só me resta confiar que o cenário em cuidados paliativos mereça atenção, comprometimento e abrangência no campo das políticas públicas brasileiras e que possamos não só abrir as portas dos nossos meios sociais e acadêmicos para

recebê-las, mas acima de tudo destrancar as amarras que nos impedem de senti-la dentro de nós. Talvez, assim, possamos cantar a suave melodia de composição: Milton Nascimento / Fernando Brant, interpretada por Maria Rita intitulada: Encontros e despedidas:

Mande notícias do mundo de lá  
 Diz quem fica  
 Me dê um abraço, venha me apertar  
 Tô chegando  
 Coisa que gosto é poder partir  
 Sem ter planos  
 Melhor ainda é poder voltar  
 Quando quero

Todos os dias é um vai-e-vem  
 A vida se repete na estação  
 Tem gente que chega pra ficar  
 Tem gente que vai pra nunca mais  
 Tem gente que vem e quer voltar  
 Tem gente que vai e quer ficar  
 Tem gente que veio só olhar  
 Tem gente a sorrir e a chorar  
 E assim, chegar e partir

São só dois lados  
 Da mesma viagem  
 O trem que chega  
 É o mesmo trem da partida  
 A hora do encontro  
 É também de despedida  
 A plataforma dessa estação  
 É a vida desse meu lugar  
 É a vida desse meu lugar  
 É a vida...

Finalmente, a dedução mais humana é entender que cada momento da vida pode ser um começo de partida. Esta letra de música fala disto. Na verdade, cada momento é uma estação que disfarça as nossas viagens. Afinal, o destino é secundário, e o que cansa na viagem é resistir de chegar.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De tudo que presenciei e convivi, posso adiantar ter me aproximado da vivência de ser-para-a-morte acompanhando Epicuro em seu processo de finitude. Vale salientar, que mesmo percebendo os desafios que estavam implicados na efetivação do estudo em questão, pela realidade local não apresentar serviços estruturados em cuidados paliativos, não perdi a fé em alguma possibilidade. E foi assim, que tudo começou: disponibilidade e envolvimento. Os frutos dessa movimentação permitiram vislumbrar cenários ainda não descritos, porém revelados em condições compartilhadas. Todos os seres humanos desenvolvem certas peculiaridades reveladas pelo clamor da alma no reconhecimento e afirmação das singularidades humanas.

O conhecimento da fenomenologia, respaldada na ontologia heideggeriana, proporcionou uma postura filosófica, não menos engajada em pesquisa clínica, porém mais descomedidamente humana. Novaes (2002), sabiamente, já revelava que uma postura clínica com base hermenêutica oferece espaços de ampliação de limites e construções e reconstruções de sentidos. Esta postura busca amparar a vida em seus questionamentos através das possibilidades das narrativas.

Narrativas, estas, segundo Dutra (2002), as quais contemplam a experiência do narrador tendo o interlocutor como admirador e ouvinte das histórias narradas. Percebe-se que há uma interação de ambos acerca da história, numa empreitada muito íntima de ser-com-o-outro-no-mundo. Assim, os caminhos foram trilhados e apreciados no curso da pesquisa em questão, ora declaradamente psicóloga e pesquisadora, ora na condição de ser-no-mundo. Em cada canto, características de união aderiam essa única dimensão: ser humana diante do outro.

Expostas tais afirmações, é preciso destacar peculiaridades surgidas ao longo do tempo da realização da pesquisa. Nota-se que muito já foi mencionado no corpo dessa dissertação

acerca da representação de ocultamento da morte na contemporaneidade. Esse sentimento, que desafia a proposta em cuidados paliativos, merece cenário como *lócus* de diálogo no campo da subjetividade. Quanto mais autenticidade perante a nossa condição de terminalidade, de ser-para-a-morte, maiores possibilidades de assinalarmos o que estamos fazendo da nossa própria vida.

Sabe-se que toda jornada existencial tem um caráter teleológico. Diante disso, surgem reações no encontro ou confronto da proximidade da morte. Como destaca Kluber-Ross (1998) e Hennezel e Leloup (2009) descrevendo as fases e ritos esperados diante da possível terminalidade.

Epicuro, meu admirado colaborador, demonstrava a inquietação desse processo na confluência entre a barganha e aceitação, talvez, como equilíbrio entre a fé que o movimentava a acreditar na esperança da cura e a permissão da religiosidade na possibilidade de sua partida. Nesse propósito, a espiritualidade proporcionou explicações que o campo da ciência não pode responder. Dessa forma, abrandava nossas dúvidas e tenta amparar para os mistérios da terminalidade.

Confiando na espiritualidade, como filosofia da existência, Epicuro amenizava suas inquietações e questionamentos vivenciando mais acerca dessa doutrina como caminhos possíveis para o desconhecido. Allan Kardec (1973) já expressava:

Nós vivemos, nós pensamos, nós agimos- eis o que é positivo. E nós morremos- o que não é menos certo. Mas ao deixar a Terra para onde vamos? No que nos transformamos? Estaremos melhor ou pior? Seremos ainda nós mesmos ou não mais o seremos? Ser ou não ser - essa é a alternativa. Ser para todo o sempre ou nunca mais ser. Tudo ou nada. Viveremos eternamente ou tudo estará acabado para sempre. Vale a pena pensarmos em tudo isso?

Neste clima de imponderáveis, poucos escritos, muitos olhares presidiam nossos encontros. Foi assim durante um precioso tempo. Temporalidade esta que não avisa as demarcações da vida, mas aguça a existencialidade como instantes precisos.

São indispensáveis os nossos conhecimentos teóricos para compreender as estações da vida e poder embarcar nelas, em muitos momentos, sem a temporalidade dos afazeres e saberes. Só assim, daremos oportunidade para o acolhimento da complexidade humana em seu ritmo e balanço.

A equipe, envolvida nessa viagem, necessita reconhecer os sentimentos que desabrocham no cuidado ao paciente fora de possibilidades de cura e sua família, como modos de enriquecer nossos currículos na assistência em cuidados paliativos, bem como nossas experiências de vida e reflexões da morte.

É significativa, neste cenário, a presença do amor como afeto que embala nossa condição existencial. Foram perceptíveis essas emoções na prática das disposições afetivas. Andrade (2007) destaca que a relação terapêutica necessita valorizar o encontro entre terapeuta e cliente no aqui e agora, bem como todos os sentimentos aflorados, inclusive o amor. É considerável esse reconhecimento nas práticas clínicas, porém antes de qualquer posicionamento terapêutico, existe a nossa condição ontológica dos afetos nas relações humanas. Segundo Ferreira (2011), Heidegger, em sua principal obra *Ser e Tempo*, não abordava a temática do amor, nem por isso pode-se negar possíveis interpretações acerca das observações a respeito.

Dessa forma, e compreendendo suas reflexões em obras de outros filósofos como *Nietzsche I* e nos *Seminários de Zollikon*, o amor mostra-se como uma afinação na solicitude ao outro na convivência vida afora. O amor e a liberdade caminham juntos e se fundamentam nas estruturas existenciais da presença, configurando-se como aberturas ontológico-existenciais do ser-no-mundo.

O que importa considerar em meio a tantos desafios no cenário das emoções em cuidados paliativos é a dimensão meramente circunstancial que demarca as nossas singularidades. Não há fórmulas nem preceitos que contemplem essa experiência, porém há a sensibilidade na abertura pela aceitação de si e dos outros na partilha e confiança de lembranças esquecidas e desejos incompletos. É gratificante apreciar as narrativas que surgem diante dessa relação. É como se os tons, as formas e os sons que compõem um cenário histórico pudessem ganhar vivacidade, pelo menos por instantes.

Dessa maneira, há muito que precisa ser feito e dito, no campo das políticas públicas de saúde no Brasil, no que se refere aos cuidados paliativos. Desde reformulações das grades curriculares a implementações de serviços de qualidade na assistência perante finitude.

Cabe ressaltar, neste momento, os diversos impasses que a saúde brasileira necessita vencer para implementar, satisfatoriamente, serviços e ações em cuidados paliativos e quem sabe modificar sua posição mundial (38º lugar) no quesito de assistência em cuidados paliativos, segundo pesquisa realizada pelo The Economist em 2010. Dentre eles pode-se destacar: políticas nacionais que envolvam discussões e implementações de serviços voltados para a dor e outros aspectos de cuidados paliativos; educação dos profissionais de saúde. Nesse quesito, vale destacar a carência no campo de formação, não só da área médica, como também dos técnicos de enfermagem, da fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social, enfermagem, teologia e Psicologia, isto é, a equipe interdisciplinar em cuidados paliativos; carência de recursos financeiros para oferecer qualidade dos serviços nos diversos níveis de atenção, no que tange essa proposta, bem como para a pesquisa nesse cenário (Floriani & Scharmm, 2007; Melo 2009; Palácios, 2006; Santos, 2011).

Destacando a Psicologia, como cenário de estudo em questão, é importante salientar que também existem lacunas nas suas grades curriculares, de estudos e pesquisas que voltem sua atenção ao contexto dos cuidados paliativos. Acredito que a maioria da categoria,

contemplou essa carência a partir de uma busca pessoal e/ou também profissional. Muitos avanços já demarcam nosso campo, desde o primeiro curso de atualização em Tanatologia, em 1989, oferecido pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, coordenado pela professora Dra. Wilma Torres. De lá para cá, muitas iniciativas estão sendo desenvolvidas no País voltadas, principalmente, ao cenário da morte e suas reflexões (Kovács, 2003). Porém, como descrito anteriormente, há muito ainda o que se fazer necessariamente para uma efetiva consolidação das práticas em cuidados paliativos.

Em outra figuração, levando-se em consideração o número de cursos de graduação oferecidos no País e as grades curriculares, percebemos que não contemplam, muitas vezes, a realidade do mercado pautada nas constantes transformações sociais, econômicas, políticas e culturais (Barbosa & Lisboa, 2009; Oliveira *et al*, 2004).

O que, de fato, merece destaque é com relação a temáticas ontologicamente existenciais que, muitos currículos, não abordam no campo da Psicologia. Os cursos de graduação precisam oferecer uma formação que contemple conhecimentos sobre as áreas emergentes, abarcando aí a produção de pesquisas e um posicionamento crítico em relação às práticas tradicionais. Como destaca Oliveira *et al* (2004) “a psicologia precisa pensar em novas formas de ação em saúde pública, que ultrapassem as fronteiras institucionais, resgatem a cidadania dos usuários e caminhem para um enfoque preventivo” (p.87). Entre as práticas emergentes, pode-se pontuar a atuação em cuidados paliativos, no qual a condição da finitude está prontamente presente.

Reconhecendo essas dificuldades, em nossa formação, a pesquisa em questão traz algumas contribuições, na medida em que, assinala pontos pertinentes para uma assistência que aprecie a complexidade humana.

Nessa dimensão, o reconhecimento dos afetos, implicados no processo saúde/doença/morte, necessitam ser considerados. A comunicação entre profissional e

paciente/família precisa ser lapidada; a equipe de profissionais demanda uma maior articulação de seus conhecimentos visando à integralidade do humano, pois não alcançaremos tal proposta se ficarmos somente na condição da multidisciplinaridade. Vale a pena estar aberto para práticas criativas, sensíveis e, como destaca Silva (2006), “demasiadamente humana” (p. 81)

A não ser assim, as posturas profissionais se encaminharão para uma clara evitação, também, no quesito morte. Nesses propósitos, elas utilizam mecanismos que atuam no distanciamento do outro e dos próprios sofrimentos. Desse modo, dificulta a comunicação e a qualidade da assistência (Silva & Ayres, 2010). Com isso, é imprescindível superar ou até mesmo avançar com a realidade apresentada, na busca de compreensão, participação e intervenção aos pacientes fora de possibilidades de cura e seus familiares. Atuação, esta, pautada na integralidade e no reconhecimento da subjetividade inerente a existência do Ser (Franco, 1998).

Nada ultrapassa a apreciação do fenômeno da morte, como existência única e singular. Por mais que os cursos de formação nos possibilitem uma bagagem teórica - e quem sabe prática - o encontro com o outro é repleto de questionamentos, interrogações, reflexões e ressignificações. Tudo demonstra as particularidades de estar lançado ao mundo impregnado pela massificação das diferenças. É possível que essas aproximações nos proporcionem o desvelamento de aspectos autênticos de si mesmo, pois, na angústia da experiência do nada, isto é, da morte, há o reencontro de nossa condição de ser-para-o-fim.

Não cabe só ao segmento saúde, como único interventor e mediador de possíveis renovações, as propostas em cuidados paliativos. Os desafios implicam em um cenário, ainda maior, como os aspectos culturais, sociais, políticos e econômicos de uma dada realidade. Pensando, assim, há muito que desconstruir acerca de nós mesmos, ou seja, do império que nos cerca e embute em uma crença de eterna juventude e beleza. São muitos os entraves e

desafios, entretanto, percebe-se significativos movimentos e acontecimentos para uma fenomenologia existencial da morte e do morrer.

Confio que, mesmo em seu ritmo temporal e histórico, essas discussões possam trazer, também, bons frutos para a realidade local e quem sabe a efetivação de posteriores pesquisas sejam munida de possibilidades sem necessitar de tanta fé.

Com tantos impasses que ainda imperam neste cenário de assistência, a pesquisa realizada mostrou-se como um grande desafio emocional, mas ao mesmo tempo uma sublime realização em acompanhar Epicuro e sua família durante um momento tão especial da vida dele, tão longe das possibilidades de cura. Não sei o que ensinei, mas sei o que aprendi. Estou convencida da importância da vida nos limiares da morte.

## 7. REFERÊNCIAS

- Allones, C. R. (2004). Psicologia clínica e procedimento clínico In A. Giami & M.Plaza (Orgs.), *Os procedimentos clínicos nas ciências humanas: documentos, métodos, problemas* (pp.34-42), São Paulo: Casa do psicólogo.
- Alves, R. (1991). A morte como conselheira. In: R. M. Cassorla (Org.). *Da morte*. (pp 11-15), Campinas: Papirus.
- Amatuzzi, M. M. (2001). *Por uma psicologia humana*. São Paulo: Editora Alínea.
- Andrade, A & Morato, H. (2004). Para uma dimensão ética da prática psicológica em instituições. *Estudos de psicologia*, 9(2), 345-353.
- Andrade, F. F. (2007). *O amor em psicoterapia: estudo fenomenológico-existencial do modo ser amoroso por parte de terapeutas*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto superior de psicologia aplicada de Lisboa. 137 p.
- Areco, M. N. (2011). *Cuidados paliativos: a vivência de profissionais de uma equipe interdisciplinar na assistência a crianças e adolescentes com câncer*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 140 p.
- Ariès, P. (1977). *História da morte no ocidente* (P. V. Siqueira, Trad.). Rio de Janeiro: Ediouro. (Texto original publicado em 1975).
- Assumpção, E. A. (2003). *Tanatologia – Ciência da Vida e da Morte*. In: Anais do primeiro Congresso de Tanatologia e Bioética. (pp. 21-36), Belo Horizonte: Sotamig.
- Batista, J. B.(2006). *A Caminho de Uma Nova Ética: Uma interpretação do pensamento de Heidegger*. Londrina: UEL.
- Boemer M. R. (1986). *A morte e o morrer*. 3ª ed. Ribeirão Preto: Holos.
- Borsa, J. C. & Nunes, T. (2008). O sujeito/pesquisador na pesquisa em psicologia clínica. *Psicologia. Argumento*. 26(52), 47-54.
- Bruns, M. A. T. & Trindade, E. (2003). Metodologia fenomenológica: a contribuição da ontologia-hermenêutica de Martin Heidegger. In M. A. T. Bruns & A. F. Holanda (Orgs.). *Psicologia e Fenomenologia: reflexões e perspectivas* (pp. 77-92), São Paulo: Editora Alínea.
- Caputo, R. F. (2008). *O homem e suas representações sobre a morte e o morrer: um percurso histórico*. 6, 73-80. Acesso em 12 de junho, 2012, de <http://www.uniesp.edu.br/revista>.

- Carvalho, V. A. (1996). A vida que há na morte. In M. H. Franco, M. J. Kovács, M. M. Carvalho & V. A. Carvalho (Orgs.), *Vida e morte: laços da existência* (pp. 33-75), São Paulo: Casa do psicólogo.
- Cassorla, R. (1991). *Da morte*. São Paulo: Papyrus.
- Cassorla, R. (2004). Para a morte ser vista com naturalidade-Universidade Estadual de Campinas – 1º a 15 de novembro. Entrevista. Disponível <http://www.unicamp.br/unicamp>.
- Cassorla, R. A. (2009). Negação e outras defesas frente à morte. In F. Santana (Org.), *Cuidados Paliativos discutindo a vida, a morte e o morrer*. (pp.59-76), São Paulo: Atheneu.
- Castro, P. F. (1999). Reflexões em psicologia e ciência: uma análise da pesquisa aplicada à psicologia clínica. *Psicologia: Teoria e Prática* 1(1), 3-9. Acesso em 20 de maio, 2012, de [www.mackenzie.com.br](http://www.mackenzie.com.br).
- Combinato, D. S., & Queiroz, M. S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia*, 11 (2), 209-216.
- Coop, G. (2004). A review of current theories of death and dying. *Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 382-390.
- Critelli, D. M. (2007). *Analítica do Sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense.
- Despelder, L. A & Strickland, A. L. (2001). *The Last Dance- Encountering Death and Dying*. 6 ed. USA: McGraw-Hill Higher Education.
- Duarte, R.(2002). Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cad. Pesquisa*. (115), 139-154, Acesso em 20 de maio de 2012, de [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br).
- Dutra, E. (2002). A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7 (2), 371-378.
- Dyniewicz, A. M. (2009). *Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes*. 2 ed são Paulo: Difusão.
- Elias S.N. (1990). *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Ferreira, A. M. C. (2011). Amor e liberdade em Heidegger. *Kriterion*. 52(123), 139-158. Acesso em 10 de setembro de 2012, de <http://www.scielo.br/scielo.php>.

- Figueiredo, M. T. (2009). Comunicação com o paciente moribundo e a família In F. S. Santos (Org.) *Cuidados paliativos, discutindo a vida, a morte e o morrer* (pp. 233-244), São Paulo: Atheneu.
- Floriani, C. A. & Schramm, F.(2007). Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(9), 272-280. Acesso em 22 de agosto, 2012, de [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br).
- Floriani, C. A. (2011). Cuidados paliativos no Brasil: desafios para sua inserção no Sistema de Saúde. In F. S. Santos (Org.) *Cuidados paliativos, diretrizes, Humanização e alívio de sintomas*. (pp. 101-106), São Paulo: Atheneu.
- Franco, M. H. P. (1998). Cuidados paliativos para o paciente com câncer: uma proposta integrativa para equipe, paciente e famílias. In M. M. de Carvalho (Org.). *Resgatando o viver*. (pp. 186-232), São Paulo: Summus.
- Franco, M. H. P. (2008). A família em psico-oncologia. In V.A. Carvalho, M.H.P. Franco, M. J. Kovács, R. Liberato, R.C. Macieira, M. T. Veit, M. J. Gomes & L. Holtz (Orgs.). *Temas em psico-oncologia*. (pp. 358-361), São Paulo: Summus.
- Franco, M. H. P. (2009). Cuidados paliativos e o luto no contexto hospitalar. In L. Pessini & L. Bertachini (Orgs.). *Humanização e cuidados paliativos*. (pp. 301-304), São Paulo: Loyola.
- Heidegger, M. (2005). *Ser e Tempo*. Parte I. 15 ed. Rio de Janeiro: Vozes (edição original de 1927).
- Hennezel, M. & Leloup, J. (2009). A arte de morrer. *Tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade*. (pp. 101-103), São Paulo: Vozes.
- Holanda, A. (2003). Pesquisa fenomenológica e psicologia eidética: elementos para um entendimento metodológico. In M. A. de Toledo Bruns. & A. F. Holanda (Orgs.). *Psicologia e Fenomenologia: reflexões e perspectivas* (pp. 35-56). Campinas: Alínea.
- Holanda, A. (2006b). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica *Análise Psicológica*, 3, 363-372. Acesso em 22 de agosto, 2012, de [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br).
- Holanda, A. F. (no prelo). *Fenomenologia, Psicologia e Clínica Psicológica. Inserção da Fenomenologia no Contexto da Psicologia, Liberdade para viver*.
- Jaramillo, I. F. (2006). *Morrer bem*. São Paulo: Planeta do Brasil.
- Kardec, A. (1973). *Céu e inferno*. São Paulo: Edicel.
- Kastenbaum R. & Aisenberg (1983). *Psicologia da Morte*. São Paulo: Pioneira.

- Klafke, T. E. (1991). O médico com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In M. S. Cassorla (Org.), *Da morte, estudos brasileiros*. (pp.25-49), Campinas, SP: Papirus.
- Kovács, M. J (2003). *Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J (2008). Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia (Ribeirão Preto)* 18(41), pp.457-468. Acesso em 22 de agosto, 2012, de [www.scielo.com.br/epsi](http://www.scielo.com.br/epsi).
- Kovács, M. J. (1991). Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. In R. M. S. Cassorla (Org.), *Da morte*. (pp. 79-103). Campinas: Papirus.
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (1998). Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença. In M. M. J. Carvalho (Org.), *Psico-oncologia no Brasil: Resgatando o viver* (pp. 159-185), São Paulo: Summus.
- Kubler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Kubler-Ross, E. (2005). *Viver até dizer adeus*. São Paulo: Pensamento.
- Lisboa, F. S., & Barbosa, A. J. G. (2009). Formação em Psicologia no Brasil: um perfil dos cursos de graduação. *Psicol. cienc. prof.* 29(4), 718-737. Acesso em 15 de setembro de 2012 de <http://www.scielo.br/scielo/epsi>.
- Macedo, J. C. G. M. (2004). *Elisabeth Kübler-Ross: a necessidade de uma educação para a morte*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. 187 p.
- Maciel, M. G. S. (2006). A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. *Prática hospitalar*, 47(8), 64-69. Acesso em 15 de setembro de 2012 de <http://www.4estações.com.br>.
- Marinho, S. & Aran, M. (2011). As práticas de cuidado e a normalização das condutas: algumas considerações sobre a gestão sociomédica da “boa morte” em cuidados paliativos. *Interface*, 5(36), 7-19.
- Martins, J. & Bicudo, M. (2005). *A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Centauro.
- Mccoughlan, M. (2009). A necessidade de cuidados paliativos. In L. Pessini & L. Bertachini (Orgs), *Humanização e cuidados paliativos*. (pp.167-179), São Paulo: Loyola.

- Melo, A. G & Caponeiro, R.(2009). Cuidados paliativos-abordagem contínua e integral. In F. S. Santos (Org.) *Cuidados paliativos, discutindo a vida, a morte e o morrer* (pp. 257-268), São Paulo: Atheneu.
- Melo, A. G. (2009). Os cuidados paliativos no Brasil. In L. Pessini & L. Bertachini (Orgs.), *Humanização e cuidados paliativos* (pp. 291-298), São Paulo: Loyola.
- Menezes, R. A. (2004). *Em busca da boa morte. Antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Milicevic, N. (2002). The hospice movement: History and current worldwide situation. *Archive of Oncology*, 10(1), 29-32. Acesso em 8 setembro, 2012, de [www.doiserbia.nb.rs/img](http://www.doiserbia.nb.rs/img) .
- Minayo, M. C. S. (1996). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Rio de Janeiro: Abrasco.
- Ministério da Saúde. Câmara Técnica em controle da Dor e Cuidados Paliativos. Portaria 3.150 de 2006. Brasília.
- Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília.
- Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Oncológica. Portaria GM/MS 2.439 de 2005. Brasília.
- Morais, R. (2000). Homem e morte: visão antropológica-filosófica e senso comum In V. L. Rezende (Org.) *Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente terminal*. (pp.28-39), Campinas, São Paulo: Unicamp.
- Morin, E. (1988). *O Homem e a Morte*. Lisboa. Publicações Europa-América. 2ªed.
- Moura, K. P. L. (2011). *Ensaio de Filosofia Caseira*. Natal: edição do autor.
- Naves, G. S. (2009). Liberdade e autenticidade em Martin Heidegger: uma análise fenomenológica do homem. *Poros*, 1(1), 63-77. Acesso em 3 de setembro, 2012, de [www.catolicaonline.com.br/poros](http://www.catolicaonline.com.br/poros).
- Nery, M. P & Costa, L. F. (2008). A pesquisa em psicologia clínica: do indivíduo ao grupo. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 25(2)- 241-250.
- Nogueira, J. C. (2009). A autenticidade e o ser-para-a-morte em Heidegger. In F. S. Santana (Org.), *A arte de morrer, visões plurais*.(pp.109-119). São Paulo: Comenius.
- Nogueira, R. P. (2008). Estresse e padecimento: uma interpretação com Heidegger. *Interface-comunicação, saúde, educação*. 12(5), 283-93.
- Novaes, R. S. (2009). *A psicoterapia e a questão da técnica*. 54(4). 348-362. Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia.

- Oliveira, E. A., Santos, M. A. & Mastropietro, A. P. (2010). Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. *Psicologia em estudos*, 15(2), 21-28. Acesso em 22 de setembro, 2012, de, [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br).
- Oliveira, I. F., Dantas, C., Costa, A., Silva, A., Alverga, A... Yamamoto, O. (2004). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. *Interações*, 9,(17), 71-89. Acesso em 10 de agosto, 2012, de [www.scielo.br/epsic](http://www.scielo.br/epsic).
- Paiva, L. E. (2009). O médico e sua relação com o paciente diante da morte. In F. S. Santos (Org). *Cuidados Paliativos discutindo a vida, a Morte e o Morrer* (pp.77-87), São Paulo: Atheneu.
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus
- Pazin, A. Filho (2004). Morte: considerações para a prática médica. *Medicina (Ribeirão Preto) Simpósio:morte – valores e dimensões*. 38(1): 20-25
- Penha, R. M. (2009). Finitude e terminalidade: um novo olhar sobre as questões da morte e do morrer em enfermagem. In F. S. Santos (Org), *Cuidados Paliativos discutindo a vida, a Morte e o Morrer* (pp.77-87), São Paulo: Atheneu.
- Pessanha, P. P. & Andrade, A. R. (2009). Religiosidade e prática clínica: um olhar fenomenológico-existencial, 3(10), 75-86. Acesso em 22 de julho de 2012, de [www.perspectivasonline.com.br](http://www.perspectivasonline.com.br).
- Pessini, L. (2009). A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In L. Pessini & L. Bertachini (Orgs.) *Humanização e cuidados paliativos* (pp 181-204), São Paulo: Loyola.
- Pinto, E. B. (2004). A pesquisa qualitativa em psicologia clínica. *Psicologia USP*, 15(1/2), 71-80. Acesso em 22 de julho de 2012, de [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br).
- Pisseta, E. E. (2008) Sobre morte e possibilidades. *Dissertatio*, 27(28), 251 – 275.
- Piva, J. P. & Carvalho, P. R. A. (1993). Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. *Rev. Bioética*, 1,129-38.
- Rego, S. & Palacios, M. (2006). A finitude humana e a saúde pública. *Cad. Saúde Pública*. 22(8), 175-180. Acesso em 04 de maio, 2012, de [www.cadernodesaudepublica.com](http://www.cadernodesaudepublica.com).
- Rittner, M. (2004). *Aprendendo a dizer adeus: quando a morte machuca o seu coração*. São Paulo: Planeta do Brasil.
- Rocha, Z. (2011). A ontologia heideggeriana do cuidado e suas ressonâncias clínicas Síntese.Belho Horizonte. Vol. 38, janeiro-abril 2011, pp. 71-90.
- Rodrigues, J. C. (2006). *Tabu da morte*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Sá, R. N. (2010). A analítica fenomenológica da existência e a psicoterapia. In A. M. Feijoo (Org.) *Psicologia. Tédio e finitude: da Filosofia a Psicologia*, (pp.177-199).
- Santos, F. S. (2007). Perspectivas Histórico-Culturais da Morte. In F. Santana (Org.) *A Arte de Morrer: Visões Plurais*. (pp.13-25). Bragança Paulista: Editora Comenius.
- Santos, F. S. (2009.) Tanatologia- a ciência da educação para a vida. In F. S. Santos. (Org) *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu.
- Santos, F. S. (2011). O desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos e a filosofia hospice In F. S. Santos. (Org). *Cuidados paliativos, diretrizes, humanização e alívio dos sintomas*. São Paulo: Atheneu.
- Seibt, C. L. (2010). Temporalidade e propriedade em Ser e Tempo de Heidegger. *Rev. Filos.* 22(30), 247-266.
- Silva, G. N. (2006). *A construção do “ser médico” e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado* Tese (Doutorado em Medicina preventiva). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina preventiva. 266 p.
- Silva, G. S. N & Ayres, J. R. C. M.(2010). O encontro com a morte: à procura do Mestre Quiron na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(4), 487-496.
- Sokolowski, R. (2004). *Introdução à fenomenologia*. São Paulo: Loyola.
- Sousa, B. N. & Cury, V. E. (2011). *A inserção do pesquisador no campo da pesquisa: uma abordagem fenomenológica*. Anais do XVI Encontro de Iniciação Científica e Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação da PUC-Campinas.
- Stroppa, A. & Almeida, A. M. (2008). Religiosidade e saúde. In M. I. Salgado & G. Freire (Orgs.). *Saúde e Espiritualidade*. (pp.: 427-443) Belo Horizonte: Inede.
- Taboada, P. (2000). El derecho a morir con dignidad. *Acta bioeth.*6(1). Acesso em 14 de agosto, 2012, de <http://www.scielo.cl/scielo>.
- Tada, I. N., & Kovács, M. J. (2007). Conversando sobre a morte e o morrer na área da deficiência. *Psicol. cienc. prof.* 27(1), 120-131. Acesso em 10 de setembro de 2012, de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>.
- Viorst, J. (2005). *Perdas necessárias*. São Paulo: Melhoramentos.
- Werle, M. A. (2003). A angústia, o nada e a morte em Heidegger. *Transformação*, São Paulo, 26.97-113.
- World Health Organization – Palliative Care. Disponível [www.who.int/cancer/palliative](http://www.who.int/cancer/palliative). Acesso em 11 de julho, 2011.

Yamaguchi, A. M & Oliveira, I. B. (2011) Cuidados paliativos na assistência domiciliar In F. S. Santos (Org.) *Cuidados paliativos, diretrizes, Humanização e alívio de sintomas*. São Paulo: Atheneu.