

**RELATO DE EXPERIÊNCIA NA CLÍNICA ONCOLÓGICA DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE – UMA TENTATIVA DE
HUMANIZAÇÃO DIANTE DA MORTE**

**REPORT ON EXPERIENCE IN THE ONCOLOGIC CLINIC OF SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA OF BELO HORIZONTE: TENTATIVE OF HUMANIZATION
BEFORE THE DEATH**

*Maria Emídia de Melo Coelho**

RESUMO

Na Clínica de Oncologia da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte identificam-se duas especificidades: a doença em estágio bastante avançado e a possibilidade de morte iminente. Percebe-se desta forma, a necessidade de trabalhar com as fantasias, angústias e medos que afloram diante deste quadro numa cultura de negação da morte, principalmente dentro do ambiente hospitalar, onde se procura a qualquer preço lutar pela vida.

Palavras-chaves: Oncologia; Doença; Medo; Morte; Hospital

ABSTRACT

In The Oncology Clinic of Santa Casa de Misericórdia of Belo Horizonte it is possible to identify two specific situations: the advanced stage disease and a possibility of an imminent death. One notes, the fore, the need to deal with the fantasies, anguish and fear that then surface, in a culture of death denial, mainly in a hospital environment, where there is a struggle for life, at any cost.

Key words: Oncology; Illness; Fear; Death; Hospital

INTRODUÇÃO

Num primeiro momento, procurei entrar em contato com a rotina e com os procedimentos da clínica e estabelecer um primeiro contato com todos os pacientes. Em seguida, dei início aos atendimentos numa tentativa de estar próxima deles, de ajudá-los a minimizar seu sofrimento. Já na primeira semana, me deparei com um óbito de uma paciente com quem nem mesmo tinha

* Psicóloga, Pós-Graduada em Psicologia Hospitalar pelo IEC-PUC Minas, mariaemidia@br.inter.net

estabelecido algum vínculo. Sua filha, desesperada pelos corredores, aguardava uma última notícia dos médicos que realizavam os últimos procedimentos. Procurei acolhê-la na expressão de seu sofrimento e dor, enquanto aguardávamos o médico. Ela, a filha, já apresentava sinais evidentes de que sua mãe tinha morrido, só aguardando a confirmação do médico. Ela manifestou seu desejo de despedir-se da mãe ainda no leito. Procurei acalmá-la dizendo que assim que fosse possível tentaria satisfazer seu desejo.

Naquele instante sabei frio, era minha primeira semana na clínica, ainda não conhecia bem todos os profissionais envolvidos, dos médicos à equipe de enfermagem, e ainda não tinha consciência da minha autonomia e possibilidade de tomar uma decisão como esta. Primeiro grande teste, pensei comigo mesma.

Assim que o médico saiu da enfermaria nos dirigimos até ele. A filha estava ao telefone e o médico, sequer esperando que a ligação terminasse, disse: Morreu!

Respirei fundo, tentando lidar com o que a primeira vista me pareceu de uma frieza e uma insensibilidade chocante. Ela então expressou seu desejo de ver a mãe naquele momento. A resposta do médico foi: “tem certeza?”, ao que ela respondeu prontamente que sim. Acompanhei-a até o leito para sua despedida. A equipe de auxiliares de enfermagem já havia dado início aos preparativos do corpo. Sinalizei para a equipe, apenas com um olhar e um gesto, que permitissem este último contato da filha com a mãe. Com o maior respeito, todas se afastaram do corpo e permitiram que este momento ocorresse. Foi uma fração de segundos, que considerei “um ritual sagrado”, pelo respeito e singularidade do momento. Momento sagrado, interrompido abruptamente pela pressa que a rotina hospitalar impõe, pressa para terminar tudo e remover o corpo para o necrotério. Mais um choque, mas uma respiração profunda diante do que considerei um desrespeito e uma tentativa de “apagar a cena” rapidamente, e a constatação da rotina com que teria que aprender a lidar.

Neste momento decidi que tentaria fazer um trabalho de humanização diante da morte, e esta experiência foi determinante para a minha conduta nesta clínica.

Acompanhei esta filha até o necrotério e estive com ela e os outros familiares, que foram chegando aos poucos, até o momento que considerei

necessário o meu apoio e, quando percebi que o momento da intimidade familiar já estava estruturado, me despedi deles. O agradecimento externado por estas pessoas me deu a certeza da necessidade de apoio no momento da perda de um ente querido e da importância de estar ao lado, acolhendo o sofrimento.

A partir disto comecei a me aproximar da equipe de auxiliares de enfermagem, da supervisora e dos médicos numa tentativa de compartilhar e exercitar um trabalho de equipe, onde o maior beneficiado seria o paciente. Tinha consciência que enfrentaria dificuldades iniciais por já ter conhecimento do modelo de formação e postura da classe médica impressa ao longo da vida universitária, ou seja, a priorização dos aspectos físicos e biológicos em detrimento dos aspectos subjetivos que envolvem elementos psíquicos, emocionais, culturais e sociais.

Percebi que além da rigidez acadêmica, existe uma atitude defensiva desses profissionais, para não se envolverem afetivamente com os pacientes. Tive momentos de frustração até perceber que precisava exercitar a aceitação de suas dificuldades para conseguir me aproximar deles. Quando tive consciência disto as portas se abriram. Passo a passo, exercitando a paciência diariamente, fui conquistando a possibilidade de uma troca de experiências que sempre revertem para o benefício do paciente, nosso principal foco de atenção. Assim, comecei a me sentir cada vez mais a vontade para levar adiante e ao meu trabalho.

DESENVOLVIMENTO

Ao longo desses quase cinco meses, foquei minha atenção no atendimento ao paciente, tentando facilitar suas expressões de sentimentos e necessidades. e no trabalho com os cuidadores, familiares e/ou acompanhantes, bem como com a equipe de auxiliares de enfermagem. Percebi que esta equipe (enfermagem) é a que passa a maior parte do tempo com os pacientes e divide com eles momentos de extrema intimidade. É também a equipe que sofre as maiores pressões, os maiores desgastes e, portanto, a que mais se identifica com o sofrimento dos pacientes, mais precisa de espaço para manifestar suas angústias, medos e dificuldades diante do sofrimento geral e específico desta clínica e como isto afeta suas vidas pessoais e profissionais. Constatei também, que qualquer mudança

que se queira implementar é necessário antes, que se trabalhe com esta equipe (enfermagem).

Os familiares e/ou acompanhantes, além da dor psíquica diante do sofrimento, que gera impotência e angústia, lidam com um desgaste físico tremendo. Muitos são do interior, não tem parentes em Belo Horizonte nem parceiros para revezar os cuidados e ainda enfrentam o desconforto e a falta de um espaço adequado, onde possam refazer suas energias físicas tão importantes neste momento. A maioria lida com dificuldades sócio-econômicas graves. Fico admirada com a capacidade resiliente destas pessoas, como também com a capacidade criativa para resolver suas questões. Outro aspecto observado foi a solidariedade entre os acompanhantes para ajudarem-se mutuamente, oferecendo suas próprias casas para que aqueles que não são da cidade pudessem, por exemplo, lavar suas roupas. Ou então, oferecendo-se para tomar conta do paciente, para que o outro possa sair e resolver algum problema fora do hospital. Isto me tocou profundamente! Apesar de todas as adversidades ainda conseguem sorrir, brincar, trocar e ajudar uns aos outros. Ou seja, do lado mais sofrido, foi onde percebi a maior humanização nos relacionamentos.

Outro aspecto marcante observado foi o caráter religioso e/ou espiritual. Percebi conversões ou “desconversões” religiosas nos momentos de crise, como tentativa de resignificação da vida. Considerando que a prática religiosa não é boa, nem ruim, tentei respeitar e trabalhar com os aspectos de quando a religião estava a serviço da saúde ou da patologia e alienação.

Com a equipe médica procurei me colocar dia-a-dia discutindo e trocando idéias e informações sobre cada paciente atendido. Com isto fui conquistando uma possibilidade de trabalho em equipe que em alguns casos foi de absoluta sintonia de atitudes na conduta com o paciente e seus familiares.

Vários recursos foram utilizados para a realização do trabalho como dinâmicas de grupo e outros.

Estes grupos tiveram caráter informativo e terapêutico. Nos grupos da Equipe Multidisciplinar com os acompanhantes dos pacientes, a proposta era de informar o papel de cada profissional, esclarecer dúvidas, normas e rotinas da Clínica que propiciassem um bom funcionamento e uma boa relação entre todos.

Nos grupos com pacientes, acompanhantes e equipe de enfermagem, a proposta era terapêutica, propiciando um espaço de expressão. Dentre as técnicas utilizadas, gostaria de ressaltar uma delas, que foi o uso de Mandalas.

Mandala é uma técnica projetiva, criada pela psicóloga americana Joan Kellog e que tem uma grande eficácia terapêutica. Ela tem um efeito auto-terapêutico, pois no momento de sua realização, a pessoa está fechando “gestalts” psicológicos, completando e trabalhando processos terapêuticos importantes para si mesma. É também, lúdico e geralmente todos que a ela foram submetidos aprovaram a técnica bem como sua continuidade. Para o profissional (Psicólogo) que trabalha com esta técnica, o mandala funciona como um raio X do paciente, fornecendo dados sobre o momento atual (diagnóstico) e de suas dificuldades psíquicas e possibilidades terapêuticas. Para adolescentes, é um grande facilitador, principalmente para a verbalização do conflito.

O mandala facilita a realização da pessoa como um ser cósmico e ajuda a redescobrir aquilo que ela é.

“É como se você morasse numa casa que tem um tesouro muito grande, mas como você não sabe que tem, vive miseravelmente. O mandala abre as portas para o tesouro que existe dentro de sua casa, que é você mesmo” (Matos, Leo, 1979)

Alguns exemplos Ilustrativos:



Figura 1: Mandala de um adolescente de 16 anos
Fonte: Foto da autora

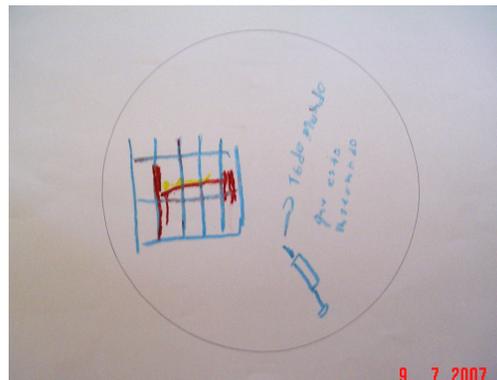


Figura 2: Mandala de um adolescente de 16 anos
Fonte: Foto da autora

Sem intenção de fazer uma leitura interpretativa, percebe-se na figura 1, que o adolescente desenhou o prédio da Santa Casa, verbalizando o quanto é ruim estar internado nela, expressando desta forma, suas angústias em relação ao tratamento. Na figura 2, o adolescente diz que estar internado é como estar numa prisão, tomando muita medicação e completa: “É assim com todo mundo

que está morrendo”. Trata-se de um rapaz com grave comprometimento neurológico e que, até este dia não aceitava contato. A partir desta manifestação em mandala começou a estabelecer vínculos.



Figura 3: Mandala de um adolescente de 15 anos
Fonte: Foto da autora



Figura 4: Mandala de uma adolescente de 15 anos
Fonte: Foto da autora

Na figura 3, o adolescente desenha elementos da natureza que diz gostar muito e que está fazendo o possível para melhorar e poder desfrutar mais disso na sua vida. Encontra-se na fase inicial do tratamento e já demonstra preocupação de como vai reagir ao mesmo. Na figura 4, a adolescente, considerada pela equipe médica como uma pessoa de difícil contato, expressa enorme prazer em desenhar e no dia que fez este desenho disse estar muito feliz porque ia receber alta do hospital. Fez diversos desenhos e toda sua comunicação foi através deles.

Uma segunda experiência marcante foi diante de um óbito que mobilizou toda equipe. Tratava-se de um paciente “antigo”, carismático, que junto com sua esposa conquistaram a todos. Teve uma recaída súbita vindo a falecer rapidamente o que provocou uma comoção geral. Neste mesmo dia, previamente agendado, seria realizada uma discussão sobre a morte com um grupo de auxiliares de enfermagem. Foi uma oportunidade única, onde elas puderam expressar a dor pela perda deste paciente, como também puderam falar de como é difícil poder expressar este sofrimento no hospital, de como se sentem na obrigação de manter uma postura técnica-profissional sem qualquer expressão de afeto. Puderam falar de suas próprias angústias e medos diante da própria morte e de como a morte do outro pode mobilizar estas emoções.

Uma terceira experiência marcante aconteceu com um rapaz de 34 anos, internado com sua terceira recidiva de um linfoma não-hodgkin, que mostrou-se bastante ansioso no primeiro contato. Relatou suas preocupações e necessidades de realizar alguns compromissos antes de iniciar a quimioterapia. Escutei-o atentamente. Falou do nascimento de sua filha, que havia acontecido três dias após a sua internação; de um tratamento dentário que ele queria terminar; da regularização de sua situação como profissional autônomo e de sua história de vida, como também de quando foi diagnosticado pela primeira vez o seu tumor.

Ele estava falando de suas pendências na vida e da urgência em resolvê-las. Ele estava falando também, de suas angústias e medos diante da possibilidade de morrer. Tinha consciência de que a dosagem de quimioterápicos a que iria se submeter seria maior e não tinha idéia de como seu organismo reagiria. Estava falando também do desejo de buscar forças para uma vida mais plena e significativa, de não perder tempo com o supérfluo e poder tornar-se uma pessoa diferente com uma vida resignificada.

Foram sete atendimentos de profunda intensidade e reflexão. A cada atendimento discutia com seu médico, tentando sensibilizá-lo para a importância de uma alta hospitalar, para que ele pudesse resolver suas questões, para então retornar e iniciar a quimioterapia. E assim foi feito, chegamos a um acordo e o paciente foi liberado.

CONCLUSÃO

Fazendo referência ao novo paradigma:

Ser que sofre-sofrimento-profissional que procura minimizar ou abolir o sofrimento é tão amplo que descaracteriza a relação médico-paciente tradicional como exclusiva do médico. Esta maneira de entender a relação médico paciente se estende, portanto, a outros profissionais como fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, etc, que poderiam também compartilhar deste mesmo tipo de relacionamento com seus pacientes. Este paradigma, se válido, nos faz refletir sobre o ato de curar ("heal"). Se considerarmos o ato de minimizar ou abolir sofrimento como equivalente ao ato de curar, esta prerrogativa ou capacidade passa a transcender o médico em direção a todos os profissionais que também podem fazer o mesmo com seus pacientes. Desta forma, médicos, enfermeiras, psicólogos e outros profissionais seriam todos indivíduos que curam ("healers"). Assim, através deste novo modelo, o médico que pratica formas alternativas de medicina e o ser que sofre sem uma doença definível passam a estar agora incluídos sobre a égide deste novo paradigma de relação: ser que sofre-sofrimento-indivíduo que cura. (AURO DEL GIGLIO, 2001, pág 6)

*Um embasamento filosófico para um modelo de relação como o acima proposto é fornecido por Martin Buber, filósofo existencialista alemão (1878-1965) que entende relacionamento como um encontro entre dois seres que dialogam. Esta abordagem dialógica permite que se compreenda os diversos tipos de relacionamentos possíveis sob uma nova perspectiva. De acordo com Buber, o relacionamento entre dois seres humanos pode ser dividido em duas partes: o EU-ISSO e o EU-TU. O EU-ISSO envolve a relação entre um ser e uma parte ou elemento do outro, enquanto que o EU-TU consiste no relacionamento pleno entre os dois seres, englobando em sua amplitude os sentimentos e idéias de ambos. Nas palavras de Buber: “A palavra-princípio EU-ISSO não pode jamais ser proferida pelo ser em sua totalidade”. “A palavra-princípio EU-TU só pode ser proferida pelo ser na sua totalidade” (Martin Buber, *Eu e Tu*).*

Desta forma, o elemento EU-TU de uma relação não pertence mais somente ao médico, mas a todos os profissionais que lidam com a saúde, não importando a forma, interessados genuinamente em minimizar o sofrimento de um ser que sofre, ou seja, cuidado não é monopólio de ninguém. O privilégio não é de nenhuma clínica e/ou profissional e sim do paciente que merece cuidado e atenção.

Torna-se urgente um treinamento e uma sensibilização para que possamos de fato adotar este novo modelo, com o intuito de humanização nas relações interpessoais, entre equipes e, principalmente, com os pacientes. Além do mais, quando falamos de morte podemos afirmar que em nossa sociedade ela é banalizada, negada, medicalizada, dissimulada, isolada e silenciosa (sedada).

Não temos educação para a morte. Nos dias de hoje ela é transferida para os hospitais, numa tentativa de afastamento de um confronto direto.

A aproximação da morte é uma situação privilegiada para se lidar com situações inacabadas, rever prioridades de vida, perceber o sentido de vida. Neste sentido, um diálogo aberto, com perguntas e respostas, é certamente um grande facilitador. Pacientes à morte ainda estão vivos, tem sentimentos, desejos, necessidades e demandas, fato, muitas vezes, ignorado quando se tem olhos para órgãos e sintomas.

Lidar com a morte e/ou a possibilidade de morrer é entrar em contato com a nossa FINITUDE e IMPERMANÊNCIA.

Percebe-se a resistência de uma forma geral para entrar em contato com os sentimentos mobilizados por esta abordagem.

Considera-se este trabalho de curta duração, realizado na Clínica Oncológica da Santa Casa, como um início ou uma abertura para se trabalhar esta temática e esta mudança nas relações, mas ainda longe de se atingir o objetivo de humanização pretendida e de um modelo de relação onde haja reciprocidade e encontro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Revista Brasileira de Clínica Médica, vol. XXVII – Nº 1 – Janeiro/01
- HYCNER, R., **De Pessoa a Pessoa**, Psicoterapia Dialógica, 2ª Ed. São Paulo: Ed. Sumus Editorial, 1991.
- KOVÁCS, M. J., **Educação para a Morte**, Desafio na Formação de Profissionais de Saúde e Educação, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2003.
- BRANDÃO, L. M., **Psicologia Hospitalar**, Uma Abordagem Holística e Fenomenológico-Existencial, Campinas-SP, Ed. Livro Pleno, 2002.
- KELLOG, J., **Mandala: Path of Beauty**, USA, 1984.
- KELLOG, J., **The Use of the Mandala in Psychological Evolution and Treatment**, American Journal of Art Therapy, vol. 16, nº 4, July, 1977.
- MATOS, L., **A Mágica da Mandala**, (artigo não publicado), 1995.
- MATOS, L., **Terapia de Arte Transpessoal do Mandala**, (artigo não publicado), 1998.