O médico, o estudante de Medicina e a morte

The doctor, the medical student and death

CLÁUDIO LAKS EIZIRIK – Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFRGS; Doutor em Medicina, Clínica Médica UFRGS; Membro Efetivo e Psicanalista Didata da SPPA.
GUILHERME VANONI POLANCZYK – Acadêmico da Faculdade de Medicina da UFRGS. Monitor do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.
MARIANA EIZIRIK – Acadêmica da Faculdade de Medicina da UFRGS. Monitora do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS.

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFRGS.

Trabalho apresentado no 16º Congresso da AMRIGS.

Endereço para correspondência:
Cláudio Laks Eizirik
Rua Visconde do Rio Branco, 708
Porto Alegre – RS – 90220-230
Fone/Fax (51)222-0840

SINOPSE

O presente trabalho tem como objetivo discutir algumas idéias a respeito da morte e do morrer e refletir sobre a presença da mesma na nossa vida e na nossa prática médica. Os autores revisam várias contribuições psicanalíticas sobre o significado da morte individualmente e das suas expressões na cultura ocidental. Destacam que as dificuldades que o indivíduo encontra ao elaborar a sua própria morte se refletem no modo como a sociedade contemporânea, na qual se incluem os médicos de um modo geral, reage frente ao 'morrer'. Como médicos e estudantes de Medicina, devemos nos opôr ao silêncio que cerca o paciente terminal, tornando-se necessário vencer nossa própria resistência a penetrar em seu mundo de dor, angústia e solidão, para podermos ajudá-lo nessa travessia final. Para isso, o médico deve identificar-se parcialmente com o paciente e manter, ao mesmo tempo, sua objetividade científica e sua capacidade de intervir terapeuticamente de forma eficaz.

UNITERMOS: Relação Médico-Paciente, Paciente Terminal, Morte e Morrer.

ABSTRACT

The present paper aims to discuss some ideas about death and dying and to reflect on its presence in our lives and in our medical practice. The authors revises several psychoanalytical contributions about the meaning of death and its expressions on occidental culture. They emphasizes that the difficulties faced by each individual concerning his own death are related to the way our society react to the act of dying. As doctors and medical students we should oppose ourselves to the silence that surrounds the terminal patient. Its necessary to overcome our own resistances and to penetrate into his world of pain, anxiety and loneliness to help him in this final crossing. For that purpose the doctor should partially identify himself with the patient and keep at the same time his scientific objectivity and ability to act therapeutically with effectiveness.

KEY WORDS: *Doctor-Patient Relationship, Terminal Patient, Death and Dying.*

INTRODUÇÃO

A morte e o ato de morrer são temas que suscitam freqüentemente discussão, em especial entre os profissionais da saúde, que se encontram em contato direto e repetido com pacientes ameaçados pela morte e com pessoas que morrem sob os seus cuidados. Discutir o que representa a morte e como o paciente terminal encara a sua morte iminente, para nós, profissionais que os acompanhamos, pode apresentar dificuldades por conter um significado subjacente: o de refletir sobre a nossa própria morte e sobre como será o nosso morrer. Isso pode estimular a elaboração inconsciente desta realidade inevitável, necessária para que possamos lidar melhor com a morte de nossos pacientes, auxiliando-os e a seus familiares, como médicos e como pessoas. Precisamos, assim, explorar as nossas próprias perspectivas sobre o significado de sofrer e de morrer, a fim de desenvolver a capacidade de cuidar do paciente terminal.

Para nós, estudantes de Medicina e médicos, é difícil lidar com repetidas cenas de dor, sofrimento e tristeza no dia-a-dia. Assistir a pessoas sofrendo, especialmente quando nada ou muito pouco podemos fazer, pode ser bastante penoso, porque nos lembra que, como seres humanos idênticos aos nossos pacientes, também somos suscetíveis a essas situações e não podemos modificar o curso da vida, que se encaminha para a morte. Então, para que não se torne insuportável lidar com doenças e morte, lançamos mão de mecanismos de defesa que podem ser bastante úteis – como o humor e a negação –, mas que, por outro lado, podem nos tornar resistentes a sentir empatia pelos nossos pacientes. Fica claro, portanto, que a posição ideal consiste em entender o que o paciente sente, identificar-se parcialmente com ele, mas não sofrer como se fosse ele, atitude mental difícil de alcançar e de manter.

Pode-se abordar este tema a partir de vários ângulos: desde o clínico, até o psicanalítico, o histórico, o sociológico, o antropológico, o religioso ou o literário. Nosso objetivo, nesta breve discussão, é destacar algumas idéias a respeito da morte e do morrer e refletir sobre a presença da morte na nossa vida e, conseqüentemente, na nossa prática médica.

O MEDO DA MORTE

A morte representa, essencialmente, o poder sobre o qual não temos nenhum controle, invisível, intangível, indomável, desconhecido. Tememos a morte por não sabermos como será o nosso encontro com ela, em que momento da nossa vida ocorrerá, o que representará para nós. O medo do inevitável fim existiria em todas as pessoas, ao longo de suas vidas, mesmo que seja negado ou mascarado.

O medo da morte é fundamentalmente tratado na psicanálise como análogo à ansiedade de castração. Entretanto, diversos autores defendem a

idéia de que Freud, quando fez essa analogia, referia-se ao terror ou ansiedade mortal – definido como a resposta a situações de extremo e real perigo – e não ao medo da morte futura (1). Chadwick (2) considera haver uma distinção entre medo da morte proveniente de um atual e real perigo à vida e ansiedade sem causa real.

O medo da morte é o terror do desenlace de um evento único e definitivo, que combatemos e evitamos durante toda a nossa vida. A antecipação desse sentimento, já que nunca experimentamos a morte, não se daria se essa não fosse vista como a repetição de uma situação prévia, na qual o ego experimentou algo como a sua própria destruição. Assim, o medo da morte emerge já na infância inicial e é essencialmente o medo da repetição do terror mortal experimentado em situações traumáticas – definidas por Freud como eventos biológicos inevitáveis que ocorrem no desenvolvimento de todas as crianças, como o medo da perda de pessoas significativas (essencialmente a mãe), o medo da perda do amor, a angústia da castração e o trauma edipiano (1, 3).

Ninguém está livre do medo da morte, que se encontra a todo instante em nosso funcionamento mental. Se esse medo fosse constantemente consciente, seríamos incapazes de funcionar normalmente; assim, deve ser apropriadamente reprimido para que continuemos vivendo com um mínimo de conforto. Pelo menos em alguns momentos, para que a ansiedade causada pelo conhecimento da nossa morte seja aliviada, procuramos manter a convicção interna de que somos mais fortes do que todos os perigos que a nossa sociedade "moderna e civilizada" pode nos infligir e que, dessa forma, somos exceções que a morte não irá abater. Daí a origem do nosso interesse e fascinação por acidentes fatais, execuções, pela morte em geral. As tendências sádicas e egocêntricas, por mais reprimidas que sejam, satisfazem-se vendo a morte de outros, o que nos afirma que não fomos nós quem morremos, que não fomos nós quem sofremos. Em suma, são os outros que passam por tal situação, não nós; portanto, reafirma-se que também no futuro isso não nos ocorrerá, mas apenas aos outros, nos quais projetamos o terror que nos desperta esse acontecimento inevitável. Tolstói, em *A Morte de Iván Ilitch*, ilustra essa situação: "(...) 'Três dias de sofrimentos terríveis e depois... a morte. Mas isso pode acontecer também comigo, a qualquer momento, agora', pensou, deixando-se dominar pelo terror. Logo, porém, sem que percebesse sequer, foi socorrido pelo pensamento comuníssimo de que tudo aquilo sucede a Iván Ilitch e não a ele, de que aquilo não devia, nem podia acontecer-lhe, que pensando em tais coisas entregava-se a idéias fúnebres, o que era preciso evitar. Com esse raciocínio, tranqüilizou-se e indagou com interesse os pormenores da morte de Iván Ilitch, como se a morte fosse algo que não pudesse atingir senão a Iván Ilitch e nada absolutamente tivesse a ver com ele (...)"(4).

A integração do medo da morte à estrutura da personalidade é uma parte necessária no desenvolvimento humano, sendo que deficiências nessa adaptação contribuem para os transtornos emocionais (1). Zilboorg (3) refere que o aspecto afetivo da autopreservação – esforço contra alguma força de desintegração – é o medo da morte. Para Stern (1) "pode-se considerar a necessidade para se superar a morte um dos mais poderosos motivos do grandioso desenvolvimento da cultura humana". O medo do desaparecimento que a morte provoca, segundo inúmeros pensadores, suscita uma necessidade de perpetuação do homem, que encontra-se expressa de inúmeras maneiras. Hermann Hesse, em *Narciso e Goldmund,* diz: " (...) Talvez seja o medo diante da morte a raiz de todas as artes e talvez até mesmo de todo o espírito. Nós a tememos, estremecemos em face à transitoriedade e contemplamos com tristeza como, continuamente, as flores murcham, as folhas caem, e sentimos dentro do próprio coração a certeza de que também somos passageiros e em breve feneceremos. Se, porém, como artistas criamos imagens, ou como pensadores vamos em busca de leis ou formulamos pensamentos, então agimos no sentido de poder salvar algo da grande dança da morte, colocando ali alguma coisa que possua uma duração maior de que nós mesmos (...)"(5).

A REAÇÃO DO HOMEM FRENTE A SUA MORTE

A morte, como uma realidade presente desde o nascimento, desperta numerosas fantasias inconscientes e as correspondentes defesas contra as mesmas. Dentre as fantasias, destacam-se as de caráter persecutório. A morte é vista como uma criatura antropomórfica que vem buscar e levar a pessoa para um destino incerto. Esse ser temível é a projeção dos próprios impulsos agressivos do moribundo, representando alguma pessoa de sua história passada, alguém a quem sente ter atacado ou mesmo destruído. A morte, dessa forma, pode ser vivida como um castigo por supostos crimes, faltas ou máconduta, o que a torna, então, algo terrível, assustador, insuportável (6).

Mas a morte também pode ser vivida por um paciente terminal como uma forma de reencontro com pessoas perdidas, recriando-se um mundo desaparecido e se refazendo antigos laços. Aqui temos uma certa negação do fato biológico da cessação da vida, que se torna aceitável pela criação imaginária de um novo mundo de acordo com a visão religiosa tradicional, que propõe uma continuação da vida sob nova forma, melhor, mais harmônica, sem sofrimento ou dor. Na linha da negação, alinham-se as defesas maníacas, que levam o paciente a sentir alegria, júbilo, prazer. A morte transforma-se, de perda do bem mais precioso, num triunfo, no encontro com o pai, com a mãe, em suma, na entrada no paraíso (6).

Elisabeth Kübler-Ross (7), psiquiatra suíça, realizou um importante estudo com doentes terminais e distinguiu os estágios de reação à morte pelos

quais passam desde o momento em que tomam conhecimento do seu prognóstico. Esses estágios não se apresentam necessariamente em ordem cronológica e, freqüentemente, o paciente pode experimentar ao mesmo tempo sentimentos diversos.

O primeiro estágio é de negação e isolamento. Nesse período, a reação do paciente pode ser sintetizada na seguinte frase: "Não, eu não, não pode ser verdade". A negação, usada por quase todas as pessoas, é um mecanismo de defesa simples, mas radical, que funciona como um "pára-choque" depois da notícia inesperada e chocante da morte iminente, possibilitando a recuperação parcial para a mobilização posterior de outros mecanismos de defesa. A negação é uma necessidade mais freqüente logo após o conhecimento da doença fatal, que posteriormente vai e volta, sendo somente mais tarde substituída pelo isolamento.

O segundo estágio descrito é de revolta. Depois que a negação esgotou-se e que é impossível não ver os sinais da doença, o paciente sente uma extrema revolta e freqüentemente pergunta-se "Por que eu?". Sente-se revoltado porque está a ponto de perder sua vida; tem profundo ressentimento por aqueles que ficarão, por aqueles a quem ama e que irão continuar vivendo mesmo depois de sua morte. Inconscientemente, tem a ilusão de que através da sua revolta, exteriorizando sua raiva, irá fazer com que alguém se compadeça do seu estado e o livre da sua doença.

Depois que o paciente percebe que por mais raiva que tenha ninguém o salvará e que sua fúria não o levará a lugar algum, atinge o terceiro estágio, caracterizado pela barganha. Barganhar com Deus, pedir alguma coisa e dar em troca outra, significa estabelecer um compromisso que o deixaria ligado à vida e o impediria de morrer. É uma meta, um compromisso que tem de cumprir e que, só depois de tê-lo feito, pode morrer.

Após ter tentado inúmeras barganhas, o paciente percebe que é impotente, que não tem força alguma perante a morte e que dela não escapará. Então, entra no quarto estágio, caracterizado pela depressão. Não pode mais negar sua doença e sua morte; sua revolta, então, cede lugar a um sentimento profundo de perda. Imagina tudo aquilo que deixará de conhecer, de sentir, de viver; pensa no mundo existindo sem ele. Essa depressão geralmente é silenciosa e preparatória à perda iminente de pessoas amadas.

O paciente, depois de tantos sentimentos fortes, não terá mais depressão ou revolta. Externalizou os seus sentimentos de inveja, de perda de lugares, de momentos e de pessoas queridas; estará cansado e fraco. Quer ficar só, sem notícias do mundo exterior, em paz consigo mesmo, junto daqueles que ama, esperando a morte. Este é o quinto e o último estágio por que passam aqueles que estão à morte: a aceitação.

É necessário destacar que o significado e as repercussões da morte diferem conforme o momento do ciclo vital em que ocorre. Assim, as reações do paciente e de sua família, quando se trata de uma criança ou adolescente, assumem características mais dramáticas, por exemplo, do que o final da vida que coincide com a velhice, em que tal desfecho já é esperado e, por isso, tende a ser mais elaborado e mais facilmente aceito.

Lowental (8) defende a idéia de que o processo de morrer leva a pessoa à regressão, a ideais e a relações predominantemente infantis, e a um modelo de resposta emocional infantil, o que serviria como "defesa contra a percepção da ameaça de extinção". Para esse autor, os eventos que ocorrem com pessoas que dizem ter tido experiência de morte e voltado à vida – atravessar um túnel escuro, ver uma luz forte e brilhante, reencontrar-se com pessoas queridas e ser invadidas por sentimentos de amor e paz – são fenômenos regressivos, memórias préverbais. Atravessar o túnel escuro representaria atravessar o canal uterino, encontrando uma pessoa querida, a mãe, com um rosto radiante, que a acolhe e lhe transmite amor e tranqüilidade. Essa idéia vai ao encontro dos dados colhidos por Kübler-Ross (7), que referiu comportamentos e necessidades infantis nos pacientes terminais.

Assim, somos todos imortais em nosso inconsciente; por mais que aceitemos a morte, temos a ilusão de que jamais ocorrerá. Quando pensamos em nossa morte, a imaginamos de fora, como espectadores, e não a sentimos como algo que aconteça a nós. "Não está na natureza humana aceitar a morte sem deixar uma porta aberta para uma esperança qualquer" (7). Entretanto, em alguns casos, a morte pode ser um grande alívio, e se torna mais fácil morrer quando se é ajudado a desapegar-se de todos os relacionamentos importantes na vida. Kübler-Ross (9) refere que os pacientes que melhor reagem à morte e a aceitam melhor são aqueles que são encorajados a extravasar suas raivas, a chorar, a comunicar seus medos e fantasias, a falar a quem possa ouvir.

O paciente terminal, mais do que qualquer outro, necessita da oportunidade de manifestar suas ansiedades e fantasias. A possibilidade de discutir esses assuntos, de repassar sua vida, de fazer despedidas, de dar recomendações, de expressar anseios, de acertar contas afetivas, tudo isso dá ao paciente terminal uma sensação de tranqüilidade e alívio. Ele sente que pode cumprir suas tarefas. Um homem que viveu por longos anos a constante perspectiva da morte, que se definia como um "tísico profissional", o poeta Manuel Bandeira, captou a essência desse momento da seguinte forma: "Quando a Indesejada das gentes chegar (não sei se dura ou coroável) / Talvez eu tenha medo / Talvez sorria, ou diga: Alô, iniludível! / Meu dia foi bom, pode a noite descer (A noite com seus sortilégios) / Encontrará a casa limpa, A mesa posta / Com cada coisa em seu lugar" (10).

A MORTE NA NOSSA CULTURA

A negação da nossa morte física acontece da mesma forma que negamos outras perdas do nosso dia-a-dia. Na

sociedade contemporânea não podemos nunca perder; temos sempre de ganhar: dinheiro, poder, *status*, reconhecimento. Cristopher Lasch denominou tal situação atual de a "cultura do narcisismo", caracterizada pela dificuldade de discriminar a realidade da fantasia e o que realmente somos daquilo que os produtos que consumismos sugerem que sejamos. Assim, a disciplina coletiva e o trabalho concentrado ficariam substituídos por um mundo de impressões, aparências e disfarces (11). Evitamos, portanto, a morte porque ela é a confirmação de que não somos onipotentes, de que o mundo não irá parar quando deixarmos de existir e, se não fizermos nada na nossa vida, ela é o nosso limite. Se estamos aprisionados na busca de valores que não levam à essência da vida, e os vemos como um fim e não como meios para viver, certamente a morte nos revelará tudo isso.

A morte, então, é a mais profunda perda. Falar dela significa falar da última negação da vida, e isso nos aterroriza tanto por nos levar a pensar sobre o que estamos fazendo com a nossa própria vida. Entre os budistas e os hindus há concordância geral de que nenhuma vida humana pode ter significado a menos que seja vivida na plena aceitação da morte. Segundo essas crenças, o meio mais eficaz de se relacionar com a morte é aceitá-la como o principal fato da vida e que todas as coisas pelas quais se espera, se ama e se deseja acabarão a seu devido tempo (9). Já na cultura ocidental contemporânea há uma necessidade desesperada de compreender o porquê da finitude humana e o que vai acontecer conosco após a morte.

É muito difícil falar de morte em uma sociedade que a nega e tenta desesperadamente esquecer da sua finitude. Morte, para muitos, é um assunto depressivo, que lembra tristeza, perdas, sofrimento, impotência. Ter consciência da própria morte, entretanto, não significa ter pensamentos ininterruptos de destruição, e sim objetiva aproveitar a vida, desfrutando de todas as suas manifestações. Montaigne (12) diz que: "Nos apegamos à vida com tanto maior desejo de conservá-la quanto sabemos sua conservação pouco segura e receamos perdê-la".

Philippe Ariès (13), em sua obra *O homem perante a morte*, detecta uma modificação na atitude da sociedade em relação à morte, nesse século, particularmente. Segundo ele, todas as atitudes perante a morte durante o milênio não alteraram esse fato fundamental, nem a relação permanente entre a morte e a sociedade: a morte foi sempre um acontecimento social e público. Um tipo absolutamente novo de morrer apareceu durante o século XX, em algumas das zonas mais industrializadas, mais urbanizadas, mais tecnicamente avançadas do mundo ocidental. Trata-se, segundo ele, de uma imagem invertida, o negativo: a sociedade expulsou a morte, exceto a dos homens de Estado. O antigo carro mortuário negro e prateado é substituído pela banal caminhonete, indistinguível no trânsito. É como se o desaparecimento de alguém não afetasse a continuidade da vida. Ao lado disto, algo mudou na relação do moribundo com o seu ambiente, instituindo-se o início da mentira: é preciso não falar na morte iminente. Todos são, portanto, cúmplices de uma mentira que vai empurrando a morte para a clandestinidade. O "nada mudou", "tudo ainda é possível". Aos poucos, o moribundo passa a ser controlado pela família, que decide a forma de conduzir a morte. Ao contrário do século XIX, quando aumentara a importância do diálogo último, das despedidas, das últimas recomendações, se observa agora que essa troca íntima e solene foi suprimida pela obrigação de manter o moribundo na ignorância. Esse acaba partindo sem dizer nem ouvir nada sobre o momento de sua morte.

Paralelamente, tem início o processo de medicalização. A morte se torna inconveniente, como os atos biológicos do homem; torna-se, pois, indecente fazê-la pública. Surge uma nova imagem da morte, diferente daquela romântica ou heróica de outros séculos: agora a morte é feia e escondida, e escondida porque é feia e suja. A partir dos anos 30 e 40, e mais fortemente dos 50, institui-se a morte nos hospitais. A valorização do conforto, da intimidade, da higiene pessoal, da assepsia, tornaram todos mais delicados: os sentidos já não suportam os odores e os espetáculos que, ainda no século XIX, faziam parte, com o sofrimento e a doença, do dia-a-dia. O quarto do moribundo passou da casa para o hospital, que oferece às famílias o asilo onde abrigar o doente e toma para si o seu cuidado, possibilitando que a vida siga o seu curso.

O hospital passa, aos poucos, a se tornar não só o lugar onde se cura e onde se morre por um fracasso terapêutico, mas também é o lugar da morte normal, prevista e aceita pela equipe médica, e também por ela regulada, adiada ou abreviada. Mudou, pois, o estilo de morrer: a família afastou-se, o hospital se encarregou do moribundo ou mesmo dos muito velhos, e se instituiu a ignorância do paciente acerca de sua real condição. Como médicos e estudantes de Medicina, devemos nos opor ao silêncio que cerca o paciente terminal; torna-se necessário vencer nossa própria resistência a penetrar em seu mundo de dor, angústia e solidão, para podermos ajudá-lo nessa travessia final.

O ESTUDANTE DE MEDICINA E A MORTE

Todos os aspectos mencionados anteriormente adquirem particular intensidade no estudante de Medicina, que, além de sua condição de pessoa, encontra-se numa etapa evolutiva específica (adolescente – adulto jovem) e em uma fase de identificação, que consiste em abandonar posturas e atitudes anteriores e adquirir uma identidade médica. O impacto da morte, do sofrimento e da doença terminal adquire características específicas. Várias atitudes defensivas podem ocorrer: negação, projeção, formação reativa e identificação excessiva.

O objetivo do ensino médico neste âmbito, nem sempre conseguido, é

possibilitar ao estudante ser exposto a sucessivas experiências de contato com a morte, observar de que forma os professores e residentes lidam com tais situações, para que, afinal, consiga adquirir uma posição sugerida por Racker (14): a verdadeira objetividade se baseia numa forma de dissociação interna que capacita o médico a tomar a si mesmo (sua própria subjetividade) como objeto de sua observação. Assim, o médico identifica-se parcialmente com o paciente, mas mantém, ao mesmo tempo, sua objetividade científica e sua capacidade de intervir terapêuticamente de forma eficaz.

A experiência em uma escola médica é acompanhada por uma progressiva dissociação entre a doença física (do inglês, disease) e todo o espectro que envolve essa condição, com a visão do paciente como um todo (do inglês, illness), com um interesse acadêmico fortemente voltado ao primeiro aspecto. Se a segunda visão se tornar um sinônimo da história humana, e a primeira significar a realidade biomédica, a disjunção entre os dois termos pode ser diretamente responsável por uma atitude médica que pode ser problemática. É nessa base fundamental que as sementes para a produção de médicos considerados "pouco humanos", como refere Zabrenko, são plantadas (15).

O enfoque racional, não emocional e científico é um modelo que os estudantes de Medicina podem estar sendo encorajados a seguir com os pacientes e com suas famílias, mesmo quando se trata de pessoas com doenças incuráveis. Adotando uma postura autoritária e distante, claramente defensiva, o médico e o estudante passam a lidar com a morte como algo da realidade cotidiana, tentando banalizá-la. Treinados para investigar, diagnosticar, prolongar a vida e curar, quando deparados com um paciente terminal, essas metas tornam-se inúteis. Esse quadro é complicado pelo modo como a educação médica ensina a lidar com a doença terminal, desafiando-os a utilizar princípios científicos e tecnologia avançada, promovendo a crença de que, com tais princípios corretamente aplicados, será possível prevenir a morte (16).

Tais fatores impulsionam cada vez mais o estudante e o médico a criarem falsas expectativas e ilusões em relação à sua capacidade de prevenir situações inevitáveis, promovendo enormes frustrações e sensações de impotência quando deparados com a realidade. Isso poderia ser amenizado se tais expectativas deixassem de ser estimuladas durante a formação médica e fossem bem discutidas e analisadas.

Por muito tempo os educadores estiveram empenhados em descobrir como modificar o curso médico para formar profissionais mais empáticos. Muitas escolas médicas estão, no momento, criando cursos e disciplinas voltados para aspectos sociais e psicológicos, com o intuito de ajudar o estudante de Medicina a enfrentar situações difíceis que farão parte, invariavelmente, de seu dia-a-dia, como a capacidade de lidar com o paciente terminal. Apesar das crescentes iniciativas a esse respeito, há dados estimando que apenas 5 das 126 faculdades de Medicina dos EUA possuem um curso específico voltado ao cuidado do paciente terminal, assim como somente 26% dos 7048 programas de residência médica oferecem um curso a respeito dos aspectos médicos-legais no cuidado desse tipo de paciente (17). No RS, embora exista uma tradição no ensino da Psicologia Médica, não temos conhecimento de que as principais Faculdades de Medicina tenham disciplinas específicas ou ofereçam cursos regulares sobre este tema.

Os médicos e estudantes precisam explorar suas próprias perspectivas sobre o significado do sofrimento, a fim de desenvolver seus enfoques a respeito do paciente terminal. Segundo Geppert (18), identificar os fatores relacionados aos médicos, pacientes e sistema de saúde que impõem barreiras ao apropriado atendimento no final da vida deve ser o primeiro passo em direção à educação dos profissionais de saúde neste tópico.

ENFOCANDO O CUIDADO DO PACIENTE TERMINAL

A evolução tecnológica da Medicina ocorrida neste último século permitiu que os médicos se distanciassem progressivamente do cuidado aos pacientes terminais. Influenciados por um pensamento cientificista, racional ou mecanicista, tornaram-se árbitros de uma existência final, mais do que mediadores de um fenômeno natural, como no passado. Discutir as causas desse fenômeno e as posições do médico e do paciente no processo de morrer são fundamentais para uma abordagem mais humana e efetiva daqueles que estão sob os nossos cuidados.

Muitos médicos têm a convicção estabelecida de que o mundo daquele que está morrendo é algo que ninguém pode ou deve violar, e esperam ser abordados abertamente ao invés de se aproximarem gradualmente. Muitos médicos, com a piora da condição de saúde de seus pacientes, tornam-se menos amistosos e mais frios; suas visitas são mais raras e curtas e suas atitudes são caracterizadas por um afastamento progressivo (19).

A morte desencadeia sentimentos e emoções não apenas naquele que está morrendo, mas nos médicos responsáveis pelo cuidado, que podem não estar preparados, como profissionais e como pessoas, para suportar este processo. Dostoievski (20) chamou a morte, o sofrimento e a vida de "questões eternas" que os seres humanos não podem resolver definitivamente. O melhor que podemos fazer é buscar e oferecer alternativas, viver com o risco de estarmos errados e permanecer abertos para novos *insights*.

Todo o médico tem a tarefa inerente a sua profissão de ajudar seres humanos em necessidade. No entanto, quando a inexorável morte de um paciente se anuncia há um alteração deste suposto, a menos que o médico tenha a capacidade e a sensibilidade de adicionar uma nova dimensão à relação médico-paciente. Passa do enfoque do cuidado físico do paciente

para o auxílio de uma pessoa que encara a morte. Agora, fazer o bem e promover o bem-estar adquire uma nova conotação e baseia-se no contato entre dois seres humanos, estando o médico despido de todas as defesas e convenções que o protegem. O seu papel passa de curar para cuidar. A consciência do pouco poder que temos frente à morte e da nossa restrita função como assistentes de uma pessoa doente é muito bem traduzida em uma conhecida frase: "curar, raramente; aliviar, freqüentemente; mas confortar, sempre" (21).

CONCLUSÃO

Apenas a morte é irreversível, absoluta, final; primeiro e acima de tudo a nossa própria morte, mas igualmente a dos outros. A morte, última negação da vida, impõe mais intensamente o problema do significado da vida e, como limitação, dá a ela sua qualidade única e, a nós, o desejo de saborear ao máximo cada um de seus momentos.

Heidegger diz que "desde o seu nascimento o homem já é suficientemente velho para morrer" e, citado por Pollock (22), afirma que "percebemos o tempo apenas porque sabemos que temos de morrer". Assim, a morte, presente durante toda a nossa vida, deve ser uma verdade que desperte em nós o desejo de viver para aproveitar tudo aquilo que nos é oferecido, lutando ainda pelo o que não temos, usufruindo de cada momento de prazer. Freud (1) diz que "a adaptação ao último trauma que a morte representa aumenta o sabor pela vida".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. STERN M. Fear of death and neurosis. J Am Psychoanal Assn 1968; 16:3-31.
2. CHADWICK M. Notes upon the fear of death. Int J Psychoanal 1929; 10:321-334.
3. ZILBOORG G. Fear of death. Psychoanal Q 1943; 12:465-475.
4. TOLSTÓI. A morte de Iván Ilitch (1886). Rio de Janeiro: Editora Saraiva, 1982:12-13.
5. HESSE H. Narciso e Goldmund. Rio de Janeiro: Record, 1992:153.
6. EIZIRIK CL. Fantasias e realidades sobre a morte. In: Lavinsky L, ed. Saúde: Informações Básicas. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS (no prelo), 1999.
7. KÜBLER-ROSS E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
8. LOWENTAL U. Dying, regression and the death instinct. Psychoanal Rev 1981; 63:363-370.
9. KÜBLER-ROSS E. Morte: estágio final da evolução. Rio de Janeiro: Record, 1996.
10. BANDEIRA M. Antologia poética. Rio de Janeiro: Editora do Autor, 1961.
11. LASCH C. The culture of narcissism. New York: Norton, 1978.
12. MONTAIGNE. Nosso desejo cresce com a dificuldade. In: Montaigne, ed. Ensaios. Vol.3. Porto Alegre: Globo, 1962.
13. ARIÈS P. O homem perante a morte. Lisboa: Publicações Europa-América, 1988.
14. RACKER E. Estudios sobre técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Paidòs, 1973.
15. ZABRENKO R, ZABRENKO L. The doctor: three development stages in the growth of physicians. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1978.
16. DYER K. Reshaping our views of death and dying. JAMA 1992; 267:1265-70.
17. FOLEY K. Competent care for the dying instead of phisician-assisted suicide. N Engl J Med 1997; 336.
18. GEPPERT C. The rehumanization of death: the ethical responsability of phisicians to dying patients. JAMA 1997; 277:1408-1409.
19. SERAVALLI E. The dying patient, the phisician, and the fear of death. N Engl J Med 1988; 319:1728-1730.
20. DOSTOIÉVSKI. Crime e castigo. Rio de Janeiro: Editora Abril, 1979.
21. FRIEL P. Death and dying. Ann Intern Med 1982; 97:767-771.
22. POLLOCK G. On time, death, and immortality. Psychoanal Q 1971; 40:435-446.