

Paradoxos e fragilidade na clínica médica

Paradoxes and weakness in internal medicine

Preciliana Barreto de Moraes¹



Resumo

O propósito deste trabalho é adentrar em uma área bastante conceituada e tradicionalmente respeitada pela sociedade: a Medicina Alopática. A intenção é de analisar sua estruturação como saber científico e sua atuação diante da vida e da morte, tendo como referência a literatura que trata da relação entre médico e paciente terminal na oncologia. Para compreender o fenômeno em questão, recorremos a produções científicas que nos respaldam nas discussões sobre os conceitos de saúde, doença, saber, poder, racionalidade, instituição médica e morte. Adotamos uma perspectiva genealógica no enfoque da Medicina, no que se refere a constituição histórica de tal saber e de como essa constituição é responsável pela definição de um *metier* profissional. As discussões teóricas sobre a constituição do saber médico e os desafios enfrentados na relação com os pacientes terminais de câncer, nos levaram as seguintes indagações que procuramos responder neste trabalho: o avanço da doença e a inexorabilidade da morte denunciariam um não saber? a ineficácia do tratamento seria um dos aspectos que apontaria uma falibilidade no campo da ciência médica? A complexidade e as contradições que envolvem a relação dos médicos com os pacientes de câncer foram percebidas na maioria da literatura que trata tal questão. Um dos pontos mais problemáticos, apontados por estes estudos, refere-se a formação médica. Ou seja, no processo de aprendizado da profissão, os acadêmicos de Medicina são formados com uma concepção filosófica que separa a natureza da cultura, fundada numa relação teórico-prática ortodoxa, que elege como foco a manutenção da vida. Esta concepção torna-se, ainda mais evidente, com a negação da inexorabilidade da morte e da incurabilidade da doença no campo da oncologia. Deste modo, os estudantes desenvolvem nos espaços profissionais uma compreensão bipolar do fenômeno saúde e doença, morte e vida, comprometendo e fragilizando suas práticas frente às situações limites. Nesse momento, os conhecimentos e as técnicas aprendidos são comprometidos, denunciando um não saber.

Palavras chave: Saúde. Doença. Medicina Alopática. Racionalidade e morte.

Abstract

This work is about Allopathic Medicine. It aims at analyzing the structure of the Allopathic Medicine as scientific knowledge and its action regarding life and death. The literature used for this paper deals with the relationship between medical doctor and terminal patient in oncology. To understand the phenomenon in question here we looked at the scientific works on the discussion of health, illness, knowledge, power, rationality, medical institution and death. We adopted the genealogic approach to medicine, in regard to the history of such knowledge and how this conceptual history is responsible for the definition of the professional *métier*. The theoretical discussions about how the knowledge of the doctors and the challenges faced in their relationship with terminal ill patients led us to the following questions that we try to answer in the paper: would the advancement of the illness and the inexorability of death say something about a set of knowledge? The complexity and the contradictions that involve the relationship between medical doctors and cancer patients were seen by the great part of the literature that deals with such question. The most problematic aspects highlighted by these studies point out to the medical education. In other words, in the learning process, the students of medicine receive a philosophical conception that separates nature from culture, founded in a theoretical-praxis orthodoxy, which chooses life as a focus. This conception becomes, even more evident, with the negation of the inexorability of death and the incurability of the illness in the field of oncology. This way, the medical students develop in the professional spaces a bipolar comprehension of health, illness, death, and life phenomena, compromising and making fragile their practices in regard to the limit situation. At this moment, the knowledge and the techniques learned are understood, denouncing a lack of knowledge.

Keywords: Health. Illness. Allopathic Medicine. Rationality and death.

¹ Socióloga, Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará, Professora e Coordenadora do Curso de Sociologia e Política da Universidade de Fortaleza. E-mail: precilianamoraes@unifor.br

Introdução

A ciência médica em sua trajetória, sempre buscou combater patologias na preservação a saúde do homem. Entretanto, no percurso, deparou doenças que se rebelaram e ainda se rebelam contra tratamentos. No século XVIII, a tuberculose abala, de forma comprometedora, a racionalidade médica ao retirar do contexto social muitos indivíduos. O desconhecimento da causa e a ineficácia das prescrições médicas permitiram o alastramento da patologia que levou à morte um percentual considerável da população.

A tuberculose e o câncer, até quase o final do século XIX, são doenças enigmáticas que corroíam o corpo levando inevitavelmente o indivíduo à morte. Com a descoberta do bacilo da tuberculose, em 1882, identifica-se a doença, deixando ao câncer o estigma de “doença maldita”, com que chega ao início do século XX e ainda impregna o imaginário coletivo até os dias atuais.

O objetivo deste trabalho é analisar a constituição da racionalidade médica e o procedimento deste saber na relação com os doentes acometidos pelo câncer e que se encontram em estágio considerado irreversível.

A medicina científica continua buscando, incessantemente, encontrar meios, medicamentos e tratamentos de combate. O investimento em pesquisas é significativo, principalmente nos países desenvolvidos, onde os avanços em tratamento têm mostrado resultados satisfatórios para prolongamento da vida. No entanto, a cura ainda é bastante questionável, pois, para o paciente operado de câncer, estimam-se 5(cinco) anos para observação sobre se há reincidência ou não.

A impossibilidade de comprovação da cura total e definitiva confirma a condição de impotência do saber médico, o que pode gerar descrédito no que se refere à solidez do conhecimento capaz de tratar o corpo humano para deixá-lo em funcionamento. Desse modo, o saber médico depara no cotidiano, corpos “condenados” a não mais se reconstituírem. Assim, os médicos se vêem diante de situação de desempenho sem resposta satisfatória. No momento, é colocada, em questão, prática que costumeiramente “resolve” problemas do binômio saúde-doença - a da Medicina Alopática.

Formação médica e câncer: conhecimento, desafios e limites

O câncer impregna o imaginário social pela

relação direta entre vida e morte. Existem outras patologias, tratadas com base no saber médico jamais curadas, como as doenças crônicas (hipertensão, diabetes, arteriosclerose etc.). O câncer, porém, além de “decretar” sentença de morte, é visto na sociedade, como tabu. A literatura sobre o assunto, na maioria, restringe-se a explicar tal patologia apenas no aspecto fisio-biológico, referindo-se somente ao quadro clínico do paciente. As condições sociais, econômicas, culturais, políticas, causadoras de *stress*, que afetam a estrutura psíquica e emocional das pessoas, podem estar relacionadas com o aumento de casos da doença, sem que hajam sido exploradas, questionadas e aprofundadas suficientemente.

Como a formação médica é voltada exclusivamente para a preservação da vida, a dificuldade em lidar com a morte torna-se um dos aspectos mais controvertidos, por ser a realidade cotidiana da prática médica, desde o ingresso do candidato na academia. Os mecanismos de defesa criados pela classe médica refletem a organização da sociedade, com suas dicotomias doença/saúde, corpo/mente, vida/morte etc. Deste modo, optar pela medicina significa desenvolver permanente exercício de dissociação às representações, seja com relação aos órgãos do corpo atrelados a significados culturais, seja com relação à morte de significantes diversos.

Sérgio Zaidhaft(1990) ressalta que essa dissociação é parte da identidade médica como necessidade determinante do exercício da profissão. Isso significa que desde estudante, o médico é levado ao exercício da medicina não como um ofício e sim como estado. O médico busca desvincular-se dos laços afetivos e culturais, com o intuito de entender o ser humano, a vida e a morte como objeto de investigação conhecido e controlado. A experiência permite aos médicos esse mecanismo. Entretanto, para iniciantes, a dificuldade está no primeiro contato com doentes, a incurabilidade e a morte. “Uma queixa freqüente dos alunos, relativa a seu treinamento, é que sentem não ter o que oferecer aos pacientes e, muitas vezes, se sentem culpados de estar usando-os para aprender (ZAIDHAFT, 1990, p. 134).

A dificuldade do médico na relação com o paciente, por exemplo, doente de câncer, reflete a falta, na formação acadêmica, de familiaridade com o insucesso e aponta o paradoxo de atuação: ao mesmo tempo em que o médico reluta em ter mais aproximação da morte, deseja-a para, por seu intermédio, aprenda mais sobre como manter a vida.

Zaidhaft (1990) ressalta que este comportamento dificulta, de maneira significativa, a relação do médico com a morte, por querer de todas as formas, combatê-la, seja para prolongar a vida, seja pelo afastamento do paciente por considerá-lo “desenganado”, ou seja, fora das possibilidades terapêuticas. As Faculdades de Medicina formam o estudante para entender vida e morte na proposta utilitarista e “microvisional”. Separa-se a vida da morte; a doença, do doente, fragmenta-se o corpo e compreendem-se as partes. Desmembra-se o indivíduo, descontextualizando-o. A especialidade predomina. O médico perde a noção do corpo como um todo.

Segundo Teresinha E. Klafke (1991), no ensino da Medicina, ênfase principal é dada na técnica, e poucas disciplinas tratam do aspecto emocional do paciente. Menos oportunidade tem o aluno de trabalhar os próprios sentimentos em relação ao paciente. A autora continua a análise e ressalta que, no ensino médico atual,

“existem três formas de dicotomia. Órgão/corpo: o ensino é composto de disciplinas que normalmente são ensinadas de modo estanque, como se elas tivessem um fim em si próprias; corpo/mente: o ensino médico, em primeiro lugar, enfatiza que a doença tem de ser procurada no corpo. Encontrando-a, a causa e o tratamento também devem localizar-se aí, no local afetado; doença- doente: a ênfase é colocada no tratamento da doença, ficando a pessoa doente em segundo plano. Nesse sentido, é dada mais importância à rotina hospitalar, aos cuidados com a técnica, do que aos cuidados com a pessoa” (KLAFKE, 1991, p. 27).

A negação da morte pelo saber médico repercute na prática que, em prol do progresso da ciência para a vida, não considera o direito que os indivíduos e a sociedade têm de autonomia sobre o corpo, saúde e sobre as próprias doenças. Constroem-se discursos sobre o que é saudável e fabricam-se toneladas de medicamentos para os intermináveis quadros nosológicos. Ao ver estudos de autores que têm a escolha da profissão médica associada à busca do domínio da vida, tempo e morte, observo que o médico e instruído, desde formação, a obedecer ética sem fronteiras.

Vida e Morte são compreendidas como processo único por esse saber, não no sentido de tratá-las indiferenciadamente, e sim de a classe médica permiti-se intervir em todos os momentos deste ciclo: na vida, para mantê-la; na morte, para não permiti-la. Com as

aulas de Anatomia, o estudante depara o que é tido como “prova de fogo” para quem deseja prosseguir na carreira médica. O futuro profissional terá consciência da integração da questão morte no cotidiano, ou seja, as aulas de Anatomia são o primeiro passo para o iniciante em Medicina entender que o conhecimento da vida só é possível pelo contato com a morte.

Zaidhaft levanta ponto interessante, ao discutir a forma como o acadêmico é treinado no curso para conviver com a morte. Segundo ele, a formação médica é fase de construção de mecanismos contra a morte.

As vacinas seriam a dissecação de cadáveres na Anatomia, as necrópsias na disciplina de Medicina Legal e Deontologia, o treinamento em mortos no CTI. Todas elas com o objetivo de o aluno, progressivamente, se habituar à morte para não se entregar a ela nem abandonar a Medicina. A questão é que esta mesma vacinação contra a morte, através de sua ‘inoculação’ em cada aluno, muitas vezes, resulta numa ‘retirada de dramaticidade da morte’, numa impossibilidade de reconhecer sua inexorabilidade, num apagamento dos limites entre vida e morte. E, se esta perde seu valor, o mesmo ocorre com seu par indissociável, a vida (Zaidhaft, 1984, p. 134)

Praticada a Anatomia como rito institucional obrigatório à iniciação do indivíduo na Medicina, esta remete, de início, o futuro médico a construir outra imagem do corpo humano. Desnuda-se o corpo das representações culturais. Paradoxalmente, o acadêmico depara realidade desse mesmo corpo à frente: a verdade da nossa finitude; o desconforto de perceber o desamparo a que estamos expostos, a angústia de desmistificar o ritual da morte, tão dramaticamente encenado nas cerimônias de enterros.

Segundo Maria Helena Villas Boas Concone, no artigo “O Vestibular de Anatomia”, a aquisição do saber diferenciador e a construção de novas atitudes dos futuros profissionais de Medicina começam no momento da lida com o cadáver humano. O fato tem importância prática e simbólica de grande significado, porque rompe, de certa forma, com o tabu criado pela cultura da morte, é que a aprendizagem só é possível se os profissionais perceberem o corpo morto como objeto de estudo, desumanizado. Concone ressalta que a o corpo sem vida, na Sala de Anatomia, aponta sacralização e dessacralização do ambiente e traz, à tona, a relação intrínseca entre sagrado e profano, expressa pelos componentes da cena: morto/cadáver, médico/estudante, preparador e instrumentos para prática.

No contexto, à vista do cadáver e do trabalho de “carnificina”, e em meio ao cheiro forte de formol, define-se a prática que vai permear a carreira médica. Rompe-se a barreira do simbólico e predomina o olhar que, segundo Foucault, no século XIX, permitiu à Medicina se afirmar como saber capaz de intervir, com exatidão, no corpo, mais especificamente nos males que o afetam, fundamentado na formação que se utiliza da morte para compreender a vida.

Para Concone, a sacralidade do espaço imposta pela morte é rompida sutilmente pela necessidade da prática profissional. A autora observa que a profissionalização implica aprender a lidar com sofrimentos de ordem moral e física, o que habilita o acadêmico ao exercício médico. Ultrapassar as barreiras impostas, desde a primeira aula de Anatomia até a decisão sobre a prática da eutanásia remete o profissional de Medicina a reordenar idéias e atitudes frente à vida. O objeto de estudo - o corpo humano vivo ou morto - coloca-se diante de tal saber e exige que se pronuncie de forma exata. Outra compreensão sobre o significado da vida, a transitoriedade do corpo, a necessidade de não pensar na morte para poder pensar na vida, a curiosidade do corpo e a descoberta do interesse do trabalho com o bisturi tornam-se fator indispensável a construção do profissional médico (CONCONE, 1983, p. 31).

Referindo-se a prática da Anatomia, Concone diz haver a busca de minimizar o impacto diante da morte, de várias formas. Os alunos primeiramente se familiarizam com ossos, depois trabalham com outras estruturas do esqueleto. O artifício possibilita a desumanização do corpo que passa a ser visto como matéria dissociada do contexto da vida. A desvinculação é uma forma de evitar o sofrimento, facilitada não apenas pelo embalsamento desfigurador, sobretudo pela falta de identidade pessoal e social do cadáver. Evidentemente são cadáveres de indigentes, como se convencionou chamar, que vão terminar no macabro balé. São corpos não reclamados por familiares. Chegam à Anatomia sem identificação. Não são pessoas, como descobrem rapidamente os estudantes, uma vez que lhes falta identidade social e, por conseguinte, pessoal (CONCONE, 1983, p. 36).

Concone traduz as conseqüências de formação, ao ressaltar que, nos espaços hospitalares, “encontramos o médico não como profissional habituado ao trato com a morte, mas como profissional que tem na morte

seu limite e desafio, para quem a morte é sempre uma surpresa” (CONCONE, 1983, p.37).

Josildeth Consorte (1983), analisando a lida do médico, no cotidiano, com a morte, afirma que

a ambigüidade mais do que a clareza, a dúvida mais do que a certeza parecem ser as notas dominantes, revelando assim uma vivência de contradições profundas, num primeiro momento, insuspeitadas. Na prática, a despeito dos denominadores comuns que a formação profissional procura imprimir ou garantir, a diversidade de situações que os médicos experimentam, em função das diferentes especialidades, dos variados contextos e circunstâncias em que atuam, da diversidade da sua própria experiência de vida e da sua própria inserção de classe, bem como contradições instaladas no próprio bojo da Medicina, tal qual ela se constitui e se exerce entre nós, se incumbem de introduzir o insólito, o divergente e o contraditório (CONSORTE, 1983, p. 40).

Reconheço que, todo o empenho dado para encontrar medicamento e tratamento para a cura do câncer pela Medicina Científica ainda não obteve o sucesso desejado. Existem hipóteses, sem nenhuma redução de casos no mundo. A impossibilidade do saber médico de cura da doença leva ao questionamento do tratamento feito. Pacientes e médicos dizem ser “o tratamento pior do que a doença. Está fora de questão mimar o paciente. Como o corpo do paciente está sob ataque-invasão, o único tratamento é o contra-ataque” (SONTAG, 1984, p. 82). Assim, os danos não afetam somente o organismo, entra nessa “guerra” toda a estrutura psíquica-emocional do doente que sofre duplamente.

O câncer, além de ser doença enigmática, que vai desgastando o organismo, corroendo, consumindo o indivíduo, vagarosa e impiedosamente, ainda é tratado, na sociedade, como tabu. Não é discutido, cultiva-se o medo, é assunto proibido, não se menciona a palavra, criam-se outras denominações como: “aquela doença”, “peste”, “ferida brava”, “doença contagiosa”. Os indivíduos acometidos, segundo opinião dos leigos, sofrem “castigo de Deus”. O fato se revela em todas as relações sociais. O indivíduo com câncer é imediatamente estigmatizado como potencial candidato à morte. Os saberes pertinentes se mostram impotentes e assumem posições ambíguas diante do doente e das pessoas envolvidas. A literatura sobre o assunto se refere à doença apenas sob o

aspecto físico-biológico. Dessa forma, reforça-se a desinformação social por não abordar outros aspectos, como econômicos, existenciais e culturais, segundo alguns estudos, ligados ao aumento dos dados estatísticos da patologia.

O estigma do câncer é reforçado também pelos saberes competentes. O médico direciona os estudos e interesses para o tratamento e medicamento de combate à doença. Na relação com o paciente, dá-se prioridade à abordagem clínica, com nomenclatura específica: c.a, neoplasia, tumor maligno, criando distanciamento entre o médico e doente e a própria doença. Creio que a falta de controle, pelo saber médico, do desenvolvimento da doença no organismo e da reação do organismo doente, dificulta ação mais eficaz no combate. Os efeitos não permanecem somente em determinada parte do corpo, alastram-se e afrontam manuais, medicamentos e exigem outros conhecimentos, procedimentos e condutas.

A incerteza da cura da doença, mesmo medicada ou tratada por operação, é outro aspecto que incomoda a racionalidade do saber. A duração da “luta” entre a vida e a morte é imprevisível, em razão de que alguns aspectos trazidos à tona, passam a ser discutidos e questionados, no momento, por todos que estão no contexto. A qualidade de vida, a discussão sobre a eutanásia, a possibilidade de outros conhecimentos ou de outros comportamentos dos médicos e a necessidade do saber da medicina alopática continuar desafiando a mortalidade humana transformam o ambiente onde aspectos existenciais e valorativos tomam forma bastante significativa.

Klafke (1991), diante da dificuldade do médico na lida com a morte, diz que

quando a morte é encarada como fracasso (pessoal ou da Medicina em geral), o sentimento de impotência se faz presente. Impotência pessoal perante esse paciente. Esses sentimentos de fracasso e culpa diante da morte do paciente são conseqüências da negação da morte e trazem muito sofrimento ao médico. Pode-se então pensar que muito do comportamento onipotente esconde, na verdade, a grande impotência que o profissional sente ao lidar com o paciente terminal. A onipotência, então, seria um mecanismo de defesa diante de uma situação extremamente dolorosa (KLAFKE, 1991, p. 38).

Na Oncologia, há sim dificuldade de o médico admitir falhas de atuação sobre o paciente canceroso. O fato leva o profissional a chamar terminal o paciente,

denominação mais apropriada ao conhecimento que não impede nem estabiliza o desenvolvimento do câncer no organismo. Quem não possui instrumentos e medicamentos para reverter o quadro do paciente é a Medicina. Nesse caso, a terminalidade é do tratamento alopático, que não dispõe de meios que impeçam o fim da vida, decretado pela doença da qual não se sabe a causa e se desconhece a cura.

Em debate sobre Medicina Psicossomática, na Santa Casa de Misericórdia, no Rio de Janeiro, em 1985, a questão do paciente terminal foi discutida por psicólogos e médicos. A doutora Miriam Faiguelernt (FAIGUELERNT *apud* ALVES), psicóloga participante da mesa, ressaltou que todos somos terminais. A diferença é que, para doentes de câncer, leigos e saberes competentes tentam estabelecer data, como uma espécie de morte anunciada. Esse comportamento, segundo a Psicóloga, traz grandes problemas que interferem na relação médico-paciente

Faiguelernt ressalta haver “desinvestimento”, desmotivação e desânimo da equipe hospitalar com relação ao paciente, como se não lhe despertasse mais interesse. A frieza e o distanciamento do médico, segundo ela, relacionam-se à incapacidade de profissionais de não saber lidar com outros meios que não aparelhos, instrumentos e medicamentos. Funcionam estes outros meios como intermediários da relação em que predomina o silêncio. Entretanto, não apresentando mais eficácia, o saber médico se desconcerta por desconhecer o que fazer, isto é, não sabe como se portar diante do doente. Em suas considerações, levanta questão bastante significativa: o que é terminal para nós, às vezes, não passa pela cabeça do paciente, o paciente tem câncer num órgão, mas não o tem câncer na cabeça. (ALVES, 1985, pg. 5-10).

Nessa circunstância, há dificuldade de o doente ter alguma autonomia sobre o corpo, de pensar, falar, sentir prazer, solidão, angústia e poder expressá-los, é quase impossível, principalmente por encontrar-se totalmente fragilizado pela doença. Diagnosticada doença incurável, a vulnerabilidade do paciente aumenta sensivelmente. Philippe Ariès, no seu livro *A História da Morte no Ocidente* (1977) analisando a obra de Tolstói, *A Morte de Ivan Ilitch*, aponta algumas características novas que predominam no século XIX, no tratamento de doenças e doentes, isto é, tiveram diminuído de forma significativa, o controle sobre sua vida e corpo, com o paciente deixando de ser

o centro das atenções submetendo-se a outra lógica. A importância da palavra do médico sobre o “mal”, ou seja, o diagnóstico da doença, monopolizou todas as preocupações.

O doente grave e subtraído de sua angústia existencial, e condicionado pela doença e pela Medicina, e habituar-se-á a não mais pensar claramente como um indivíduo ameaçado, e sim como os médicos: a vida de Ivan Ilitch não estava em questão, mas tratava-se de um debate entre o rim deslocado e a apendicite (ÁRIES, 1977, p. 163).

No espaço oncológico da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, onde procedi a esta pesquisa empírica, reações, expressões, relações e linguagens são tolhidas e limitadas. As reclamações de dores são caladas com drogas que provocam fortes efeitos de sedação, outros apelos são ignorados. A possibilidade de diálogo de pacientes com os saberes desaparece. É o não saber da doença que, conseqüentemente, leva ao desconhecimento do doente. Dessa forma, a construção da racionalidade médica fica comprometida. A identidade idealizada e formalizada, na formação do médico não se exercita de forma plena no campo da oncologia.

Reporto-me a outra característica apontada por Aries, no século passado, que ainda predomina, de forma significativa, na situação analisada. Mesmo com investimento centralizado no combate da doença, ela continua incontrolável pelos saberes. O agravamento do quadro do paciente significa o desconhecimento sobre ela. A segunda característica da atitude diante da doença grave ou da morte - a ruptura das comunicações com os que cercam o doente e o isolamento em que se encerra.

Todos, inclusive o doente, fingem otimismo (...) O importante é permitir ao doente - e aqueles que o cercam de manter a moral. E o começo de um comportamento novo em relação ao doente, tratado gentilmente como uma criança a quem se repreende porque esqueceu de tomar seus remédios. Ele é pouco a pouco, despojado de sua responsabilidade, de sua capacidade de refletir, de observar e de decidir - e condenado a puerilidade (ÁRIES, 1977, p. 163-164)

Considero que a importância dada ao tratamento da doença, relegando o doente, no século XIX, com predomínio hoje, agrava a situação dos indivíduos portadores do câncer, em razão da ineficácia do conhecimento. O fato de os médicos lidarem com

doença, que desorganiza a vida do indivíduo por modificação e interferência nos projetos ou na sua rotina, propicia a predominância de comportamentos ambíguos e discursos inconsistentes. Tratamentos, medicamentos, idas periódicas ou intensivas ao hospital, internamentos, cirurgias, mutilações, dores, sofrimentos e morte passam a fazer parte do cotidiano e afrontam sua racionalidade. Segundo Susan Sontag, mente-se aos cancerosos não só por ser a doença uma sentença de morte, mas por considerá-la obscena, no sentido original da palavra, de mau presságio, abominável, repugnante aos sentidos (SONTAG, 1984, p. 13).

Se o estigma do câncer atinge proporções consideráveis, talvez seja em conseqüência de sua evolução impressionar a imaginação dos leigos, dos que têm a doença e dos que a tratam. Desta forma, o fato de médicos, família, parentes, amigos evitarem vivenciar a realidade, utilizando-se de mecanismos de defesa peculiares, impede o qualquer melhoria ou aprofundamento das relações com o paciente, no conhecimento do que se passa na mente e no estabelecimento de diálogo que pode favorecer inclusive o próprio médico. A denominação Paciente Terminal utilizada pelos médicos, para rotular doentes sem melhora, reflete a formação de saber para lidar com as vitórias.

O paciente lúcido tem vontades e quer satisfazê-las. Mesmo com dores e sofrimento, muitas vezes, demonstra prazer em saber notícias de fora, ainda acredita e tem esperança. O afastamento do médico do paciente contribui para o desconhecimento da realidade que vivenciam e, quando este utiliza a palavra “terminal” para designar o doente grave, penso ser uma forma de não querer se aproximar do que o insulta e denuncia: sua condição indiferente de ser humano em frente ao desconhecimento e à morte.

Considerações finais

O conhecimento do corpo humano, o desvelamento dos mistérios em termos de funcionalidade, e a eficiência em proporcionar o bem-estar, controlar as doenças e prolongar a vida, tornam os médicos, desde o ingresso nas academias, senhores do saber sobre doenças, vida e morte, numa visão organicista e biológica. Segundo professor citado por Consorte (1983), as academias de medicina preparam os médicos para se sentirem com poderes

ilimitados sobre a vida humana: “quando o aluno entra na faculdade de Medicina pensa que é Deus. Quando sai, não tem a menor duvida”.

No entanto, doenças como o câncer afrontam condutas e conhecimentos nos hospitais. Nos discursos, diante do paciente terminal de câncer, os médicos enfrentam situações para as quais não estavam preparados. O entendimento da doença torna-se limitado e o despreparo para lidar com a morte os faz recorrer a meios que não têm funcionalidade. Verifica-se o não saber.

Esse fato traz conseqüências na relação com o doente: não aproximação do paciente ao médico; ora, evitar o doente significa não reconhecer sua impotência diante da doença e da morte, a criação de terminologias que o impedem de reconhecer o desconhecimento de outros possíveis tratos frente à morte; violação dos direitos do doente de ter morte digna, interferência de outras experiências que trazem, a tona, aspectos culturais negligenciados pelos médicos, expressos por crenças, esperanças, práticas e discursos.

Vejo que, no momento, o saber médico perde o domínio sobre o corpo humano fragilizado, tomado pela doença, em locus hospitalar “invadido” por outras atuações: manifestações de conforto, carinho, afeto. Enfim, outros gestos e outras palavras. Sendo assim, o saber se curva diante da dinâmica da vida e da possibilidade da morte. Fragiliza-se e se reparte, em conflito, a racionalidade construída. É volta à cultura. A morte, nesse momento - por mais conhecida desse saber, ao permitir-lhe, pela intervenção no cadáver, avançar no conhecimento -, traz em si outras significações. Por mais que os médicos tentem instrumentalizá-la, impõe-se o mistério da vida e a impotência humana diante da morte que suscita reflexões sobre o sentido da existência.

A morte representa o homem como ser essencialmente cultural, pois pelas manifestações simbólicas, ele se distingue do natural, da natureza. Desta forma, a não conformação com a morte é um traço forte da nossa cultura, mesmo com o direcionamento dado na formação do médico para pensá-la de forma racionalizada, aspecto que se expressa no comportamento do profissional, ao deparar o paciente de câncer, prestes a romper a linha tênue que o separa da finitude. O médico, legítimo responsável por manter a vida, entra em conflito diante de tal situação, pois, além de confessar saber limitado, descobre-se na condição de ser mortal, é que toda sua experiência é no sentido de desmistificar a morte (do outro).

Referências

- ARIES, Philippe. *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1977.
- CONCONE, Maria Helena Villas Bôas. O vestibular de Anatomia In: MARTINS, José de Sousa. *A morte e os mortos na sociedade brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1983. p. 35-45.
- CONSORTE, Josildeth. A morte na prática médica In: MARTINS, José de Sousa. *A morte e os mortos na sociedade brasileira*, São Paulo: Hucitec, 1983. p. 22-36.
- KLAFKE, Teresinha Eduardes. O médico lidando com a morte: aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia In: CASSAORLA, Roosevelt M. S. *Da morte: estudos brasileiros*. Campinas, SP: Papyrus, 1991. p. 15-19.
- SONTAG, Susan. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- ZAIDHAFT, Sérgio. *Morte e formação médica*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1990.