

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO

MARIA TERESA BRITO MARIOTTI DE SANTANA

O SENTIDO E O SIGNIFICADO DO CORPO PRÓPRIO DO  
PROFISSIONAL DE SAÚDE AO CUIDAR DO OUTRO QUE ESTÁ MORRENDO:  
UMA ABORDAGEM À LUZ DE MERLEAU-PONTY

FORTALEZA  
2005

MARIA TERESA BRITO MARIOTTI DE SANTANA

O SENTIDO E O SIGNIFICADO DO CORPO PRÓPRIO DO  
PROFISSIONAL DE SAÚDE AO CUIDAR DO OUTRO QUE ESTÁ MORRENDO:  
UMA ABORDAGEM À LUZ DE MERLEAU-PONTY

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Doutorado da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem.

Linha de pesquisa: A Enfermagem e os Estudos Teóricos e Históricos das Práticas de Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Salete Bessa Jorge

FORTALEZA

2005

S223s Santana, Maria Teresa Brito Mariotti de

O sentido do corpo próprio do profissional de saúde ao cuidar do outro que está morrendo: uma abordagem à luz de Merleau-Ponty/Maria Teresa Brito Mariotti de Santana. – Fortaleza, 2005.

198 f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará.  
Faculdade de Enfermagem.

1. Corpo humano. 2. Morte. 3. Filosofia em Enfermagem.  
4. Tanatologia. I. Título.

CDD 610.7361

MARIA TERESA BRITO MARIOTTI DE SANTANA

O SENTIDO E O SIGNIFICADO DO CORPO PRÓPRIO DO  
PROFISSIONAL DE SAÚDE AO CUIDAR DO OUTRO QUE ESTÁ MORRENDO:  
UMA ABORDAGEM À LUZ DE MERLEAU-PONTY

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem da Universidade Federal do Ceará  
como requisito parcial para a obtenção do grau de  
Doutor em Enfermagem.

APROVADA EM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará  
Presidente

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Regina Lúcia Mendonça Lopes- Universidade Federal da Bahia  
Membro Efetivo

---

Prof. Ph.D – Rui Verlaine Oliveira Moreira -Universidade Federal do Ceará  
Membro Efetivo

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Fátima Carvalho Fernandes - Universidade Federal do Ceará  
Membro Efetivo

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Veraci Oliveira Queiroz - Universidade Estadual do Ceará  
Membro Efetivo

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lorita Marlena Freitag Pagliuca - Universidade Federal do Ceará  
Membro Suplente

---

Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz - Universidade Federal do Ceará  
Membro Suplente

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Élio (*in memoriam*) e Terezinha.

Ao meu marido, Gervásio.

Às minhas filhas, Marília e Emília.

Às minhas irmãs, ao meu irmão e ao meu sobrinho, Maria de Lourdes, Maria do Carmo, Maria Cristina, Rodolfo e Pedro, por terem me acompanhado diuturnamente na trajetória de construção da tese, me apoiando. Junto com vocês aprendi que a existência consiste em viver de forma simples e humana, que o amor não impõe condições e que no silêncio e na ausência existe o compartilhar de intenções.

Reconheço e agradeço a co-existência com vocês neste mundo.

## AGRADECIMENTOS

A DEUS, que vê e conhece todas as coisas

*“Senhor, provaste-me e conhecestes-me; tu sabes quando me sento e quando me levanto. De longe penetraste os meus pensamentos; averiguaste os meus passos e o fio da minha carreira, e previste todos os meus caminhos; e antes mesmo que uma palavra esteja na minha língua tu a sabes. Eis, Senhor, que conhecestes todas as coisas, as novíssimas e as antigas; tu me formaste e puseste sobre mim a tua mão, maravilhosa acima de mim se mostrou a tua ciência; é sublime, e não poderei atingi-la. Para onde irei a fim de me subtrair ao teu espírito? E para onde fugirei da tua presença? Se subo ao céu, tu lá estás; se desço ao inferno, nele te encontras. Se tomar asas ao romper da aurora e for habitar no extremo do mar ainda lá me guiará a tua mão, e me tomará a tua direita. E disse: Talvez me ocultarão as trevas, mas a noite converte-se em claridade para me descobrir no meio dos prazeres. Porque as trevas não são escuras para ti; a noite brilha como o dia, e a escuridão, como a claridade. Porque compuseste as minhas vísceras, e me formaste no seio de minha mãe. Eu te glorificarei, à vista da tua estupenda grandeza; maravilhosas são as tuas obras, e a minha alma o conhece de sobra. O meu ser não te era oculto, embora tenha sido formado no escuro e tecido nas profundezas da terra. Os teus olhos viram-me, quando era ainda informe, e no teu livro todos estão escritos; tu determinas os seus dias antes que nenhum deles exista. Mas vejo que honraste [...] Prova-me, ó Deus, e sonda-me o coração; interroga-me, e conhece os meus caminhos. E vê se há em mim caminho de iniquidade e conduze-me pelo caminho eterno”.*

*Salmo 138- Davi*

Obrigada a todas as pessoas que direta ou indiretamente colaboraram para a realização desta tese. Se não as menciono individualmente é por falta de espaço, mas a elas também sou grata.

De modo especial, agradeço:

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Salete Bessa Jorge, por ter aceito ser minha orientadora, mesmo sem me conhecer, conduzindo-me com liberdade e firmeza em todos os momentos da pesquisa. Durante esta co-existência, tornou-se uma pessoa a quem, de forma crescente, aprendi a admirar. Obrigada por todas as possibilidades que me proporcionou.

Ao Prof. Dr. Rui Verlaine Oliveira Moreira, exemplo de professor que sonha e realiza, contribuindo assim para um mundo melhor e mais humano. Suas sugestões foram essenciais, antes, durante e após a qualificação, como luz no caminho da fenomenologia existencial e na construção desta pesquisa.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Wilza Carla Spirit, cuja experiência me permitiu compartilhar da fenomenologia existencial de Merleau-Ponty.

A todos os familiares, pelo apoio, confiança e estímulo constantes sem os quais não seria possível minha existência como pesquisadora.

Aos sujeitos do estudo, parceiros no labor de cuidar do doente que está morrendo, por trazerem à luz o que estava velado no intuito de contribuir para uma assistência mais humana e verdadeiramente compartilhada na co-existência desse mundo que nos é dado.

Aos participantes da CUIDADOTECA – Cuidado Transdisciplinar Especializado em Corpo como Consciência: Fernanda, Lúcia, Joelma, Aloka, Ana Coeli, Manoel, Lucy, Silva, Fábio, Jaqueline, Angélica, Nonato, André, Auxiliadora, Isabela, D’Jê, Mércia, pela grandeza do conhecimento produzido, pelo sentido e significado do corpo próprio e pelos laços de afeto eternizados em meu coração.

Aos docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, em especial as docentes do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração de Enfermagem (DEMCAE), por partilharem da minha trajetória acadêmica, e como exemplo na busca do saber.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pela forma acolhedora como me receberam, facilitando, assim, a mudança ocorrida em minha existência como docente e pesquisadora. Agradeço, particularmente, às colegas Zulene, Ana Francisca Martins, Ana Karinne, Lorena.

Aos colegas da Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará, Eugênio, Lígia, Escolástica, Maristela, Andréa, Dafne, Diva, Patrícia, Ana Kelve, Maria do Socorro e Maria Albertina. Juntos nesta trajetória pude compreender que o significado da busca pelo aperfeiçoamento profissional encontra sua existência nos sujeitos que fazem esta jornada acontecer.

Aos funcionários da Secretaria de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pelo atendimento sempre cordial e prestimoso.

Aos amigos,

Celso, mestre xamânico, com quem aprendi os ensinamentos mágicos e espirituais das tradições indígenas. Com ele me iniciei nas práticas xamânicas indígenas e recebi a autorização para transmiti-las àqueles que podem empregá-las na busca da verdade e da luz. Possam todos saber que eu honrei os ensinamentos transmitidos por esse mestre e amigo.

Nanda, por existir e por ter existido junto comigo, durante longos anos, nessa trajetória pela busca da espiritualidade encarnada. Com ela aprendi a amar incondicionalmente, a tocar as estrelas, a manter meu coração aberto e agir de acordo com minhas próprias convicções.

Joelma há amigos mais chegados que irmãos. Agradeço-lhe, especialmente, por você fazer parte da minha existência desde quando a conheci em Fortaleza.

Fátima Bonfim, comadre e amiga. Obrigada pela leitura dos meus textos preliminares e por suas sábias sugestões.

Enêde, colega e amiga, uma desbravadora de caminhos e precursora de novas idéias. Suas lições de vida como doutoranda me ajudaram a encontrar o caminho que me trouxe a Fortaleza.

Fátima Natividade, sempre tão nobre, até mesmo nos momentos mais amargos vividos por nós em Fortaleza. Sua amizade fiel e verdadeira me acalentou nos dias e nas noites frias de tristeza, quando chorei a dor da separação das minhas filhas.

Ana Cecília, Maria Isabel, Suyanne, José Carlos, Fábio, pelo acolhimento afetuoso que tornou minha permanência em Fortaleza uma extensão da minha casa. Obrigada a tudo e a todos.



Sou uma Guerreira  
Uma Guerreira do Coração.  
Sou a Rainha  
dos domínios de mim mesma.  
Sou capaz de responder em todas as situações,  
a partir do conhecimento de quem sou.  
Minhas ações são quem eu sou.  
Minhas crenças são quem eu sou.  
O que é exterior a mim é exterior.  
Aquilo que decido interiorizar, eu possuo e reconheço  
Como você pode ser responsável  
Se não tomar posse de todos os aspectos de si mesma?  
Como pode ser confiável sem ser Rainha em seus próprios domínios?  
Como pode servir seu esposo, seus filhos, sua comunidade se não estiver disposta a  
reconhecer-se e a responder por si mesma?

Amy Sophia Marashins

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	12
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	20
<b>2 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE PESQUISA</b>	32
2.1 Influência dos saberes mágico-religiosos	32
2.2 Influência dos saberes reais	40
2.3 Influência do ensino – aprendizagem	52
<b>3 PERSPECTIVA TEÓRICA: FENOMENOLOGIA EXISTENCIAL</b>	65
3.1 Fenomenologia: Movimento, filosofia, método para reaprender a ver o mundo, voltando às coisas mesmas	65
3.2 Fenomenologia hermenêutica: a arte e a ciência de interpretar	85
<b>4 REALIZANDO A PESQUISA</b>	90
4.1 Natureza do estudo	90
4.2 O campo da pesquisa	91
4.3 Questões éticas	92
4.4 Sujeitos da pesquisa	93
4.5 Técnicas e instrumentos de coleta dos discursos	94
4.6 Interpretação dos discursos	105
<b>5 O FENÔMENO ELABORADO DOS DEPOIMENTOS</b>	107
5.1 Temática 1 – Consciência perceptiva do corpo.	107
5.2 Temática 2 – Espacialidade do corpo no mundo	129
5.3 Temática 3 – Limites da existência no corpo	135
<b>6 REFLETINDO SOBRE O ESTUDO</b>	148
<b>7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	154
<b>APÊNDICES</b>	161
<b>ANEXOS</b>	168

SANTANA, M. T. B. M. **O sentido e o significado do corpo próprio do profissional de saúde ao cuidar do outro que está morrendo: uma abordagem à luz de Merleau-Ponty.** Ceará. 2005, 186 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

## RESUMO

O estudo pretende compreender o sentido do corpo próprio do profissional de saúde ao cuidar do outro que está morrendo. Teve como objetivo apreender o sentido e o significado do corpo próprio do profissional de saúde no processo de cuidar/cuidado do outro corpo próprio que está morrendo no contexto do hospital. Optou-se por uma abordagem qualitativa, na vertente da fenomenologia existencial, a qual contempla a compreensão e a interpretação do sentido, considerando o sujeito como ser histórico-cultural que produz o sentido e o significado do mundo percebido. Foram utilizadas entrevistas com dez profissionais definidos como sujeitos do estudo. As entrevistas foram norteadas pelas questões: Como você chegou a cuidar de doentes terminais? Como você sente o seu corpo cuidando dos doentes terminais? Após as transcrições, os depoimentos foram analisados individualmente resgatando os temas: Consciência Perceptiva do Corpo, Espacialidade do Corpo no Mundo, Limites da Existência no Corpo. A análise visou à reflexão hermenêutica sobre o fenômeno, engendrando a apreensão do sentido e do significado: do corpo próprio do profissional de saúde em uma perspectiva deste corpo como consciência, que continuamente necessita ser cuidado na essência da sua natureza, durante o processo de cuidar/cuidado do outro corpo próprio que está morrendo. Há, portanto, um corpo próprio encarnado que se direciona ao mundo, a outro, elege figuras em meio a fundos, diante de possibilidades que o meio lhe oferece e posições que o corpo toma diante deste. Quando o corpo torna-se o “ponto de vista do mundo”, em lugar de um objeto, a estrutura espaço-temporal da existência perceptiva é reavivada e o pensamento objetivo em geral é suprimido. Há uma reestruturação intencional consciente que possibilitou o desenvolvimento de tecnologia para o cuidado transdisciplinar do corpo como consciência pela dinâmica dos sentidos, utilizando o método fenomenológico existencial à luz de Merleau-Ponty.

Palavras-chaves: Corpo Humano, Morte, Fenomenologia, Tanatologia, Enfermagem

SANTANA, M. T. B. M. The meaning and significance of the body's own health care provider to care for another who is dying: an approach in the light of Merleau-Ponty. Ceará. 2005, 186 f. Thesis (Ph.D.) - Department of Nursing, Federal University of Ceará, Fortaleza..

### **ABSTRACT**

In this study, it is intended to understand the proper body of the health professional when taking care of the other one who is dying. Its goal was to grasp the senses and the meaning of the proper body of the health professional in the process of caring/taking care of the other proper body who is dying within the hospital context. To build intimacy room in the hospital to hear the testimonies of the health professionals about their experiences in taking care of the other one who is dying. To reach that, it was chosen to use a qualitative approach, within the existential phenomenology, which includes the understanding and the interpretation of the meaning, considering the subject as a historical-cultural being who captures the senses and the meaning of the perceived world. It was carried out interviews with ten professionals defined as subjects of study. The interviews presented mainly the following questions: How did you decide to take care of the terminal patients? How do you perceive your body when you take care of terminal patients? After the transcriptions, the testimonies were individually analyzed rescuing these themes: Perceptive Conscience of the body, the place the body occupies in the world, limits of the existence in the body. The analysis aim was the hermeneutical reflection about the phenomenon, grasping the senses and the meaning: the proper body of the health professional in a perspective of this very body as conscience, that continually needs to be taken care of. Therefore, there is a body that directs itself embodied the world, to another elected figures in the funds, before the possibilities that the medium offers and positions that the body takes on this. When the body becomes the "point of view of the world" rather than an object, the structure of space-time existence is reawakened perceptual and objective thinking is usually deleted. There is a conscious intentional restructuring that enabled the development of technology for interdisciplinary care of the body as consciousness by the dynamics of the senses, using the existential phenomenological method in the light of Merleau-Ponty.

Key-words: Human Body, Death, Philosophy in Nursing, Tanatology.

## APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa, que agora apresento, constitui-se para mim uma situação aberta, da qual eu não saberia dar a fórmula complexa. Foi iniciada em abril de 2002, desenvolvendo-se inteira no espaço geográfico da região Norte na cidade de Fortaleza-CE. Não saberia fazer esta apresentação se não a tivesse vivido cegamente até que, como por milagre, os pensamentos e as palavras se organizassem por si mesmos e eu desse por terminado este relatório para ser submetido aos examinadores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará para obtenção do grau de doutor. Para mim esta pesquisa não é uma reunião de idéias, é uma experiência vivida no espaço geosócio-cultural, formado por seres sensíveis que me circundam sem me entregarem os seus segredos, para o qual a minha consciência antes se dirige mais do que o abarca, despertando em mim uma ciência primordial de todas as coisas, inclusive do sentido e do significado do corpo próprio do profissional de saúde ao cuidar do outro morrendo. Nesta perspectiva tornou-se necessário esta apresentação.

Apresento inicialmente o espaço geo-sócio-cultural da cidade de Fortaleza, uma das mais antigas do país, com 200 anos. O marco de início da transformação da região onde os habitantes eram os índios com sua organização tribal foi a chegada do português Pero Coelho de Souza, em 1604, pelas margens do rio Ceará, onde ergueu o Fortim de São Tiago. Em 1612, com a ameaça de uma invasão francesa, o fortim, que se encontrava quase em estado de ruínas, foi ampliado e reformado, e recebeu nova denominação, forte de São Sebastião. Mais tarde, o Ceará sofreu a invasão dos holandeses, que permaneceram no comando, de 1637 a 1644, quando construíram, às margens do riacho Pajeú, o Forte Schoonemborck, depois rebatizado de Fortaleza de Nossa Senhora da Assunção. Em março de 1823, o imperador D. Pedro I elevou a Vila de Fortaleza de Nossa Senhora da Assunção à categoria de município, e alterou seu nome para cidade de Fortaleza de Nova Bragança. Com o tempo, essa denominação foi se reduzindo até se tornar Fortaleza.

Ao conhecer a história do povo de Fortaleza, observei que possuímos os mesmos antepassados como fundadores: índios, portugueses e holandeses. Comecei a desenvolver um sentimento de pertencimento por essa cidade, percebida por mim como irmã de Salvador. O vínculo afetivo estabeleceu-se e busquei experimentar um pouco de tudo dessa cidade, vivendo meu momento turista. Desfrutei da sua beleza natural e do clima tropical da região. Conheci as praias, as serras e os sertões, incluindo a cidade de Juazeiro, onde fui pedir a bênção a Padre Cícero. Apreciei sua culinária quase toda concentrada em peixes e frutos do mar. São pratos ricos e exóticos, como a peixada, a lagosta ao molho de camarão, a caranquejada, a carne-de-sol, o baião-de-dois, a galinha à cabidela e a paçoca. Novidade mesmo foi a tapioca. Degustei tapioca em Fortaleza como me delicio com o acarajé e o abará em Salvador. Encantada fiquei com o artesanato de redes, rendas de bilros, labirintos, cestarias, bolsas, bordados, enfim, a ampla variedade de produtos, confeccionados manualmente com os mais diversos materiais. Fiquei impressionada com a criatividade do povo cearense e como conseguem transformar tudo em arte e comercializar. Entre as mulheres que conheci em Fortaleza, na faixa etária de 40-50 anos, a maioria sabia bordar, costurar, tricotar, fiar.

No cenário nacional, Fortaleza projeta-se como uma cidade dominada pela escassez da chuva e a presença da seca. Para minha surpresa, no período que permaneci fazendo o curso, entre 2002 e 2005, convivi com abundância de água, e até com inundação de ruas e bairros em decorrência das fortes chuvas. Percorrendo a cidade, observei reservatórios com capacidade para guardar grandes quantidades de água. A cidade está localizada em meio a três bacias hidrográficas: a bacia da vertente marítima, a do rio Cocó e a do rio Maranguapinho. Entre os principais rios que cortam a cidade, sobressaem o Cocó, o Ceará, o Maranguapinho, o Pacoti e o Coaçu. A água tratada advém do açude Aracape do Meio, do sistema Pacoti-Gavião-Riachão do Pacajus.

Nem só de beleza e turismo vive Fortaleza. Ao mesmo tempo que observei abundância e alegria, constatei muita tristeza, miséria e segregação social. Linhares (1992), em sua obra **Cidade de água e sal**, chama a atenção para o sertanejo que deixa o sertão, fugindo da seca, em busca de uma vida melhor e se depara com a agressiva desigualdade social, talvez mais violenta do que a seca.

Apesar das desigualdades socioeconômicas e culturais, o Ceará é conhecido como a Terra da Luz, por seu espírito de liberdade racial.

Co-existi com todas essas contradições em Fortaleza. Nesse espaço e tempo, defini o campo de pesquisa – o hospital, por considerá-lo lugar de encontro. Nele se reúnem doentes, familiares, profissionais, estudantes, voluntários, pastoral, que compartilham o cuidado de pessoas que estão morrendo conforme os procedimentos técnico-científicos, as normas e as rotinas, estabelecendo uma comunicação silenciosa do corpo próprio com o corpo do outro. Este, por sua vez, como portador de uma doença incurável, no contexto da medicina atual, sente a insuficiência ou deterioração de órgãos ou células despertando-o para a consciência da iminência da morte. Mas o hospital é também um lugar da vida cotidiana da maioria dos profissionais de saúde, principalmente da enfermagem, das lutas contra a doença quando esta se instala, das relações de poder, onde transcorre nossa existência como corpos viventes no mundo da saúde. Nesse espaço, a morte é, naturalmente, a eventualidade mais clara que ameaça; é algo que acontece, e mesmo antes de acontecer, é uma presença que ainda não veio. O medo é uma resposta comum diante do perigo do vírus que agora habita o seu corpo. Sua intensidade depende muito do grau de conhecimento do sujeito sobre o perigo; e é maior quando ainda não está determinado o tipo de ameaça ou quando não mais existe possibilidade de combatê-la, quando a doença chega à sua fase terminal.

Na escolha de um hospital específico considerei alguns aspectos relevantes como: estar inserido no sistema de municipalização da Secretaria da Saúde do Estado como hospital de referência para o tratamento do portador de doença incurável; ter como finalidade o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência; possuir disponibilidade para ser campo de pesquisa na área de tanatologia. Com essas características, o campo de pesquisa garante uma demanda de portadores de doença incurável comprovada por diagnóstico médico, havendo, portanto, a convivência, no cotidiano dos profissionais de saúde que nele atuam, com a iminência da morte.

Quanto ao conteúdo, a tese foi organizada em capítulos, o primeiro dos quais é introdução. O segundo capítulo versa sobre o objeto de pesquisa, retrata as experiências que produziram conhecimentos dependentes das necessidades

impostas pela vida e sentidas pelo corpo, que anseia uma existência livre de sofrimento e dor, onde exista o prazer e a felicidade. Resgato o despertar da consciência da morte na humanidade, e particularmente no psiquismo infantil. Discuto as influências socioculturais que fizeram surgir os mitos sobre os mortos, para negar a dissolução da individualidade na espécie. Discorro, pela experiência vivida como enfermeira-intensivista e enfermeira-docente, sobre o despreparo dos profissionais de saúde para o enfrentamento das situações de morte e morrer, e sobre a escassez das iniciativas dos órgãos formadores quanto à educação para a morte. Por se ancorar na literatura científica existente, possível de ser acessada e considerada significativa, a visão empírica do relato é suprimida. Ao mesmo tempo que descrevo a trajetória existencial como pesquisadora, contextualizo o objeto de pesquisa, pois para Merleau-Ponty (1999, p. 286), “o objeto só se determina como um ser identificável através de uma série aberta de experiências possíveis, e só existe para um sujeito que opera esta identificação”.

No terceiro capítulo descrevi os pressupostos teóricos norteadores do estudo – volto o olhar para a fundamentação teórica da fenomenologia. Esse termo, conforme Japiassu e Marcondes (1996, p. 101-102) foi criado por Lambert no século XVIII para designar o estudo descritivo do fenômeno como se apresenta à nossa experiência, e tornou-se uma corrente filosófica comumente expressa pela máxima “de volta às coisas mesmas”, ou daquilo que aparece à consciência, isto é, à consciência de alguma coisa. Como método retomado e aprofundado por Edmund Husserl, para Chauí (1995, p.274) a fenomenologia ganhou consistência ao estudar os significados da experiência humana, e contribuiu decisivamente para garantir às ciências do homem tanto a existência como a especificidade dos seus objetos. Apresento a evolução histórica da fenomenologia como um movimento, uma corrente filosófica e como um método. Entre as várias concepções, aprofundo a que atende aos propósitos desse estudo, os fundamentos do filósofo Maurice Merleau-Ponty, e à luz desse referencial conceituo o corpo psicofísico na visão mecanicista e fenomenológica, em busca de apreender o sentido e o significado do corpo do profissional de saúde tais como a essência do fenômeno da morte e o modo como esse corpo-sujeito constrói, ao cuidar do outro que está morrendo, as atitudes terapêuticas do processo de morrer: eutanásia, distanásia e ortotanásia. Abordo, também, a crescente aceitação e implementação dos hospícios – filosofia dos



cuidados paliativos, e o conceito da ortotanásia: a arte de bem morrer e bem viver com dignidade e respeito a si mesmo, ao outro e a todas as formas de existências.

No quarto capítulo desenvolvi os caminhos da pesquisa. Detalho minha entrada no campo, o envolvimento do trabalho de campo e o esforço de permanecer em constante contato com os sujeitos da pesquisa, em virtude de ser desconhecida, estranha ao ambiente profissional e sociocultural, pois sou domiciliada em outra cidade. A procura por uma alternativa metodológica que propiciasse a apreensão do sentido do corpo próprio do profissional de saúde, como experiência vivencial ao cuidar do outro que está morrendo no hospital, levou-me a tecer uma abordagem hermenêutica fenomenológica-existencial à luz de Merleau-Ponty.

No quinto capítulo apresento os resultados da pesquisa, divididos em temáticas. O tema 1, **Consciência perceptiva do corpo**, foi o primeiro a emergir após a redução. Essa consciência se expressa na atitude natural da vida cotidiana do corpo próprio dos profissionais de saúde, lugar da presença do ser humano no mundo, possibilitando construir sua história de cuidar do corpo próprio do outro que está morrendo. É uma história necessariamente constituída por processos de interação e de comunicação consigo mesmo, com os outros e com o mundo. Juntos, vivenciamos a experiência humana da morte e do morrer no mundo-instituição onde se realizou esta pesquisa.

A consciência perceptiva está desvelada conforme as diferentes perspectivas apreendidas das unidades de significado. Nesta temática, foram reunidos: o tato, a visão e a atenção, que correspondem aos sentidos; as crenças e as convicções íntimas, que correspondem ao pensamento; a sensibilidade e o desconforto, a solidariedade e a empatia, que correspondem ao que é sensível, a intuição. O sentido sensível que depende de uma disposição global do corpo próprio do profissional aplicada aos cinco sentidos, é analisado a partir da consciência perceptiva dos corpos-sujeitos envolvidos.

O tema 2, **A Espacialidade do corpo no mundo**, foi o segundo a emergir dos discursos. Para Berger e Luckmann (1993, p. 38) este mundo percebido é aquele no qual se situa a realidade da vida cotidiana do corpo próprio dos profissionais de saúde já objetivada, isto é, constituída por uma ordem de objetos designados como objetos antes da entrada do indivíduo na cena. Por concordar com estes autores, a

meu ver a consciência perceptiva é uma “consciência em situação”, pois está relacionada com os contextos existenciais específicos dados ao indivíduo no momento do seu nascimento. Este fenômeno representa a entrada do indivíduo na cena.

No processo do seu desenvolvimento, o indivíduo, a partir do corpo próprio, constrói o mundo percebido utilizando parâmetros ou quadros de referências graças aos quais elabora o significado da experiência de cuidar do corpo próprio do outro que está morrendo. Estes quadros são internalizados pelos indivíduos mediante processo concretos de interação social. Neste aspecto, os padrões culturais que os indivíduos utilizam para interpretar dado episódio da experiência humana do morrer são condicionados pelas influências socioculturais, ou seja, são processos de definição e interpretação construídos intersubjetivamente. Assim, para apreender o sentido do corpo próprio dos profissionais de saúde ao cuidar do outro que está morrendo, é necessário levar em conta tanto seus aspectos subjetivos, o que determina um mundo de diferenças interpretativas, como seus aspectos intersubjetivos, o que a torna objetiva para si mesmo e para os outros. É necessário aceitar que as relações no interior de um sistema, para serem completamente fundadas e determinadas, exigem um espaço exterior como ponto de referência. É nesse sentido que para Merleau-Ponty, o problema do conhecimento do espaço implica o conhecimento da coisa. É esta referência que ele utiliza para afirmar que são as mesmas partes, *partes extras partes*, que coincidem no espaço exterior e na situação do espaço interior. Neste tema agrupei todas as unidades de sentido considerado como orientação espacializante da exterioridade vivida, passíveis de serem analisadas a partir da perspectiva do mundo percebido dos depoimentos dos corpos-sujeitos: contexto, coação externa, julgamento, obrigação, vivências e ações terapêuticas.

O tema 3, **Limite da existência no corpo**, emergiu do depoimento dos sujeitos, pois a apreensão do sentido do corpo próprio do profissional de saúde no processo de cuidar/cuidado do corpo próprio do outro que está morrendo não ocorre como um processo isolado, porque para Alves (1993, p.269) a “consciência não constitui seus objetos *ex-nihilo* pela autonomia da interioridade subjetiva, mas a partir de processos interpretativos adquiridos na vida cotidiana”

Só dentro das coordenadas estabelecidas pelo mundo intersubjetivo do senso comum da experiência humana do morrer, o corpo próprio do profissional de

saúde é subjetivamente dotado de sentido, à medida que é afirmado como real para os membros do grupo onde está inserido, grupo este que está atuando no processo de cuidar/cuidado do corpo próprio do outro que está morrendo. Da mesma forma que a experiência humana de nascer representa a entrada do indivíduo em cena, a experiência humana do morrer representa a saída.

Entretanto, como afirmam Berger e Luckman (1993, p. 38), quem se “reconhece existindo tem a impressão de que sempre existiu, de que desperta de um sono sem memória”. Diante do conhecimento do limite da existência, por meio da experiência de cuidar/cuidado do corpo próprio do outro que está morrendo, o corpo próprio do profissional de saúde constata forte ambivalência em razão do fato de que o corpo próprio é e não é a própria pessoa, como se o indivíduo pudesse se inclinar ora do lado do corpo físico/biológico, ora do lado corpo emocional, ora do corpo espiritual e, ainda assim, nem um nem outro coincidem com o Eu. Essa ambivalência surge das sensações corporais, as quais, para Lepargneur (1997, p. 97-98), transmitem as reações, pois o corpo, como intermediador entre ele e si mesmo, entre ele e os outros, entre ele e o mundo, raramente é um mediador neutro. Essas reações ocorrem a partir da própria consciência de si mesmo e, do sentido considerado como orientação temporal da exterioridade vivida. O indivíduo passa, então, a perceber o mundo, o seu mundo, como encolhendo para as dimensões do seu quarto, da sua cama, do seu corpo, de onde pode escapar inesperadamente, desse mundo.

Neste tema agrupei todos os aspectos que podem ser analisados com base na perspectiva do limite da existência expresso nos depoimentos do sujeito deste estudo: sofrimento, dor, perdas, negação, medo, impotência, culpa, apego, ânsia, angústia, ansiedade, linguagem e comunicação, tempo.

A seguir, realizei as reflexões do estudo, como parte final da tese. Tais reflexões me permitiram compreender o *eidos*, a natureza transcendente na imanência, isto é, a idéia do mundo nasce das experiências do sujeito no mundo. Este, para o mundo fenomenológico, não é o ser puro, mas o sentido que transparece na interpretação de minhas experiências com as do outro, pela engrenagem de umas sobre as outras. Ela é, pois, inseparável da subjetividade e da intersubjetividade cuja unidade é feita pela retomada da intencionalidade contida nas minhas experiências passadas em minhas experiências presentes, e da experiência do outro na minha. Há, portanto, um corpo

próprio encarnado que se direciona ao mundo, a outro, elege figuras em meio a fundos, diante de possibilidades que o meio lhe oferece e posições que o corpo toma diante deste. Quando o corpo torna-se o “ponto de vista do mundo”, em lugar de um objeto, a estrutura espaço-temporal da existência perceptiva é reavivada e o pensamento objetivo em geral é suprimido. Há uma reestruturação intencional consciente que possibilitou o desenvolvimento de tecnologia para o cuidado transdisciplinar do corpo como consciência pela dinâmica dos sentidos, utilizando o método fenomenológico existencial à luz de Merleau-Ponty.

Apesar dessa diversidade, há pontos de referência comuns. Por exemplo, o corpo humano, mesmo sendo diferente, ainda assim é igual, independente da cultura, sociedade, raça, religião. Para Merleau-Ponty, é pela consciência perceptiva que o ser se manifesta e é pelo corpo psicofísico que temos acesso ao mundo. Essa é a essência que devemos buscar. Para isso é fundamental “voltar às coisas mesmas”, voltando nosso olhar para nosso corpo próprio, nossas coisas, interrogá-las na própria maneira de se oferecerem, fazendo este questionamento a partir de um ponto absoluto, radical, objetivo, livre de paradoxos e de pressupostos.

## 1 INTRODUÇÃO

*Antes do vazio, de onde nada existia, eu teço fios de energia na teia da criação, para o mundo. Eu fio criando a existência, a partir da minha mente, a partir do meu corpo, a partir da minha consciência do que precisa existir. Agora existe algo novo e toda a existência é alimentada.*

*Amy Sophia Marashins*

Fenômeno muito questionável e universal, a morte é para todos uma realidade. Alguns a vivem hoje; outros a viverão amanhã. Embora sejam várias as formas pelas quais este momento se apresenta, todas as situações de morte surpreendem as pessoas no seu enfrentamento, as faz sentir-se impotentes perante a única certeza da vida. Na atual sociedade a morte é tratada como tabu, sentida como temor e fracasso, e sempre representada pela negação. O assunto faz parte de realidade cotidiana e é amplamente divulgado pelos diversos meios de comunicação.

Nas instituições de saúde, especialmente nas unidades de terapia intensiva (UTIs), e nas unidades de terapia especializada, a morte é uma constante em potencial no doente com agravo de saúde, quer agudo ou crônico, crítico ou terminal. O doente terminal é assim denominado quando o agravo se encontra em estágio de evolução fora do alcance de cura da medicina. Neste momento, os profissionais de saúde – especialmente o médico, a enfermeira e o assistente social, diante da iminência da morte, vivenciam a angústia entre não saber o que fazer ou fazer demais, uma vez que a ciência disponibiliza um arsenal tecnológico capaz de adiar a morte e prolongar o processo de morrer. A angústia sentida é intensa. Para Kovacs (1981, p.82), é como se eles “estivessem diante da fragilidade de sua existência, recordando-se da sua própria terminalidade e da possibilidade de viver a mesma situação de seus pacientes”.

Em face disto, o profissional de saúde passa por uma crise que o fragmenta e fragiliza. Podem ser observadas as reações de negação, raiva, barganha depressão e aceitação, descritas por Kubler-Ross (1997) que se

apresentam como defesa, para não entrar em contato com essa fragilidade. Quaisquer sensações de repulsa, nojo ou desespero são reprimidas. Muitas vezes, para ocultar essa fragilidade a atitude é fazer piadas, gozações, banalizar, usar eufemismo ou, então, desperta o desejo de ser o grande herói, o desafiador da morte, aquele que salva. Qualquer uma dessas defesas que geram atitudes traz à tona a representação da morte como frustração e fracasso, com interferência na trajetória do profissional moderno decidido a dominar a morte. É comum o relato de sentimento de impotência e fracasso, entre os profissionais. Tal crise causa estresse e desgaste energético, e o leva muitas vezes a abandonar o doente, entregando-o à família ou a outras pessoas leigas, as quais não têm nenhum preparo para o cuidado, menos ainda para assistir o morrer e a morte.

Sobre o profissional de saúde recai a responsabilidade da escolha da atitude terapêutica e a execução das ações apropriadas para o doente. Aparentemente o profissional está só e em evidência, mas apenas aparentemente, pois sua escolha depende do contexto onde ele está inserido, das influências das representações mágico-religiosas com as quais conviveu e dos saberes científicos que adquiriu durante sua formação acadêmica. Outros sujeitos além dos profissionais de saúde também estão envolvidos, como os advogados, responsáveis pelas questões legais; os jornalistas, a quem cabe divulgar o fato para a sociedade; o grupo social – família, entidades de classe, igrejas – que faz valer a cultura com suas crenças, suas representações e seus valores, e até mesmo as seguradoras dos planos de saúde, que pagam a conta, independentemente da atitude terapêutica a ser tomada. Entretanto, todos os envolvidos vivenciam um processo de socialização que não concebe a morte e não prepara os profissionais para lidar com a experiência humana do morrer. Com isso, progressivamente vai sendo incorporada sobre a morte uma imagem negativa, repleta de ansiedade e de questões não respondidas, não compreendidas, não aceitas.

Desde sua formação, os profissionais de saúde são preparados somente para a promoção da saúde e manutenção da vida, como se adoecer e morrer estivessem excluídos da existência humana. Sentem o compromisso com a vida e é para a sua preservação que se capacitam; toda a sua formação está fundamentada na cura, nela reside sua gratificação pessoal e sua realização profissional. Como afirmam Boemer, Rossi e Nastari (1989, p. 14), “concorreram todas as

transformações histórico-sociais no setor saúde nas últimas décadas [...] e contribuíram para que o profissional da área de saúde se sentisse efetivamente capacitado para a preservação da vida, nada tendo a ver com o fenômeno da morte”. Também Carvalho e Bellato (2005, p.89) afirmam que a formação em saúde “tem se dado no sentido de estarmos preparados, essencialmente, para a promoção e preservação da vida e, nesse contexto, entendemos a morte como algo contrário e não como parte intrínseca dela”. A situação se agrava pela falta de discussão decorrente da omissão dos órgãos formadores frente a essa problemática. Apesar do tradicional silêncio das escolas sobre a educação para a morte é necessário discussões sobre esse tema, principalmente no processo de formação, com o objetivo de compreender a morte como parte integrante da vida e promover a humanização do atendimento aos pacientes terminais e seus familiares.

A omissão dos órgãos formadores pode ser observada na prática, pois considerando o Código de Deontologia de Enfermagem vários artigos são desrespeitados no ambiente hospitalar, especialmente as UTIs, onde os procedimentos são quase todos invasivos. Nesses ambientes, conforme ressalta Leclainche (1962) o doente internado é considerado um número, um caso, objeto de atividades, mas não um centro de interesse. Em sua maioria, encontram-se deitados são submetidos a vários procedimentos sem esclarecimentos, nem explicações, como a sondagem vesical, nasogástrica, endotraqueal, venosa. Ressalto ainda a preocupação com a objetividade e o tempo de resposta imediato e circunstancial aos tratamentos realizado nas UTIs. Máquinas respiram por eles e monitores são instalados, alarmes são ligados e todos esses aparelhos produzem sons irritantes. Durante a sua permanência nas unidades, o doente geralmente ignora a própria sorte. Acredito que os aspectos “desumanizantes” são enfatizados em decorrência do despreparo do profissional de saúde em lidar com o doente morrendo. Para Casate e Corrêa (2005, p. 90) estão especificamente ligados “com o anonimato, a despersonalização, a falta de privacidade, a aglomeração, a falta de preparo psicológico e de informação, bem como a falta de ética por parte de alguns profissionais”.

A associação da formação para a preservação da vida, da omissão dos órgãos formadores sobre a temática da morte e da infração do Código de Deontologia da profissão, resulta na prestação de cuidado aos doentes, incluídos os

moribundos, ser essencialmente técnico, que como ressalta Hoffmann (1993, p. 367), estão voltados para “curas de natureza mais prática, dissociadas das histórias de vida dos doentes e dos processos emocionais que possam emergir ao longo desses tratamentos”. O profissional de saúde despreparado pode não se dar conta onde termina a máquina e começa o doente e Hayashi e Gisi (2000, p. 825) afirmam que “a relação com a máquina pode tornar o cuidado de enfermagem um ato mecânico e o paciente ser visto como uma extensão do aparato tecnológico”. O profissional de saúde é formado para saber tudo sobre o funcionamento da máquina, sobre os agravos à saúde, as doenças, mas muito pouco sobre quem é o doente sob seus cuidados e menos ainda sobre o morrer e o viver deste doente. Para Crema (1993), os profissionais de saúde, os doentes e seus familiares sofrem atualmente as conseqüências do condicionamento materialista, mecanicista e reducionista do paradigma cartesiano-newtoniano que aborda o corpo humano como uma máquina, robotiza a mente e automatiza a existência humana .

Apesar de co-existir com a morte e o morrer na sua vivência profissional diária, os profissionais de saúde não conseguem se familiarizar com ela e subjacente à atitude fria, técnica e distante, existe um misto de sentimentos de frustração, tristeza, perda, impotência, estresse e culpa que interferem no processo de cuidar-cuidado, pois nesse contexto eles adotam para si, apesar de toda a vulnerabilidade e fragmentação própria de uma situação de morte, uma atitude de onipotência, de poder ilimitado de cura, e passam a estabelecer com o doente uma visão de homem que nada tem de humano.

A atitude de onipotência e de desumanidade do profissional de saúde é fortalecida pelo ambiente hospitalar, principalmente aquele equipado com tecnologia de ponta. Quanto mais aparelhado e sofisticado o seu arsenal, tanto maior o sofrimento e a agonia do processo de morrer, pois a tecnologia interfere de forma decisiva na fase final da existência humana. Mediante seu uso, é possível adiar a morte e prolongar o processo de morrer, colocando em jogo a dignidade humana do doente e seus familiares. Isto causa, portanto, profundas transformações, as quais exigem cada vez mais uma reflexão ético-filosófica por parte dos profissionais de saúde. De acordo com Ribeiro (1993), o hospital é local de efetivação do saber científico da área de saúde por excelência, e é visto socialmente como imprescindível, eficaz, de incontestável autoridade e onipotência. Em suas



considerações, segundo relata o autor, são poucas as instituições sociais que gozam de tanto reconhecimento público. Mesmo quando há alguma insatisfação em relação ao trabalho hospitalar, essa é direcionada a um hospital específico e não à instituição como um todo.

Nesse sentido existe entre os dirigentes uma demanda sempre voltada para a melhoria da qualidade do atendimento prestado. Tal preocupação, por vezes, é camuflada com a expressão “humanização do atendimento”, por não incluir as discussões das atitudes ético-filosóficas e bioéticas relacionadas com a morte e o morrer – eutanásia, distanásia e ortotanásia, e nem levar em consideração as condições de trabalho e a qualidade de vida dos seus profissionais. Estes, vistos como acessórios do vasto arsenal tecnológico, são cobrados e supervisionados tanto em termos da precisão, eficiência e rapidez das ações no atendimento, como no conhecimento e na perspicácia da observação na identificação do risco de vida que traz a iminência da morte. Diante disso, os sentimentos e as emoções são reprimidos, as reflexões ético-filosóficas sobre a conduta terapêutica são negligenciadas, e toda e qualquer sensibilidade exposta leva ao risco de confundir as ações, perder o distanciamento e a objetividade tão necessária à tomada de decisão rápida nas questões da terapia intensiva.

Com certeza morreremos. A morte faz parte da realidade cotidiana de todos os tempos, mas hoje é veementemente questionada, provocando discussões ético-filosóficas coletivas dos grupos sociais organizados, como mostra a mídia. A atenção desses grupos voltada para o doente grave, especialmente o terminal, é cada vez maior e vem ganhando espaço na literatura, na imprensa, nas artes e nas pesquisas. Nesse sentido, Piva e Carvalho (1993) apresentam as considerações éticas no cuidado com o doente na fase terminal da doença, analisam as possíveis condutas a serem adotadas pelo profissional de saúde tais como não-adoção e/ou retirada das medidas de suporte de vida, ordem de não reanimar, interrupção de tratamento fútil, suspensão de cuidados ordinários e/ou extraordinários, distanásia e eutanásia de acordo com a hierarquização dos princípios éticos e morais. Para esses autores, na prática essas atitudes são assumidas sem discussões e, não raras vezes, de forma inconsciente e/ou irresponsável, seja pela equipe multidisciplinar, seja por profissionais isoladamente, inclusive com desrespeito aos princípios éticos e morais, o que resulta em sofrimento e/ou abandono do doente e de seus familiares.

Acrescenta Clotet (1993), outro aspecto as atitudes dos profissionais de saúde, o desrespeito ao princípio da autonomia, ou seja, desrespeito ao direito do doente e sua família de manifestar antecipadamente suas vontades relativas aos últimos cuidados e ao tratamento final por eles preferidos, ante a possibilidade de vir a ser um doente terminal. Afirma que as estatísticas dos países de Primeiro Mundo apontam os índices percentuais dos indivíduos que morrem hospitalais: em 1949 era de 50%; em 1958 cresceu para 61%; no ano de 1977 atingiu o índice de 70%; em 1987 continuou em alta chegando em 75% e atualmente mais de 80% dos indivíduos desses países. Em sua análise atribui a causa ao aperfeiçoamento tecnológico e a melhoria dos sistemas e planos nacionais de saúde. Com a globalização muitas nações estão a caminho da percentagem referida para os países do Primeiro Mundo. Para o autor, convém observar que, entre os que morrem nos hospitais, muitos ou quase todos tornam-se incapazes para o exercício da autonomia no período que antecede a morte, trazendo à tona um problema social de características éticas e legais que já se tornou Lei na realidade dos países norteamericano vigente desde 1991 – "The Patient Self-Determination Act (PSDA)". Analisa as vantagens, desvantagens e possíveis usos questionáveis dessa lei.

Além das estatísticas, a singularidade do processo de morrer em hospitais motivou a criação dos direitos e deveres do doente terminal

Tais trabalhos descrevem com profundidade as vivências, os sentimentos e as experiências dos doentes e seus familiares que vivenciam o processo de morrer. Poucos, porém, abordam as vivências e a realidade dos profissionais de saúde que assistem esses doentes em suas unidades. Quando seus atores aparecem, são descritos, de modo geral, como pessoas preocupadas unicamente com os aspectos econômicos e tecnológicos. Outras vezes são tratados como deuses ou máquinas glorificadas, eficientes e eficazes, com tempo de vida média para funcionar.

A problemática relacionada ao despreparo e à dificuldade do enfrentamento dos profissionais de saúde, diante das situações de morte e do morrer no ambiente hospitalar, foi observada a partir da práxis como enfermeira-intensivista, ao trabalhar por quase uma década em setores hospitalares de alta complexidade como as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e Emergências, e como

enfermeira-docente atuante em hospitais-escola e cursos de especialização em terapia intensiva, onde se formam e aperfeiçoam os futuros profissionais de saúde. A observação dessa práxis motivou o estudo sobre a morte e o morrer, e culminou com a dissertação de mestrado intitulada: *Consciência da terminalidade: um estudo preliminar* defendida em 1998.

Conforme observado com a dissertação, o avanço educacional e tecnológico dirigido às medidas de manutenção e recuperação da vida não é proporcional às medidas de preparo em cuidar para a morte. Isso exige uma reflexão que alcance as razões subjetivas e intersubjetivas e vai além de uma visão reducionista e distorcida que simplifica tudo em isso ou aquilo: vida ou morte, saúde ou doença, corpo ou alma, ser a favor ou contra.

A associação da práxis e o aprofundamento da literatura científica sobre a temática levaram a refletir sobre essas vivências suscitaram os seguintes questionamentos: Como os profissionais de saúde podem conduzir o processo de morrer com dignidade e sensibilidade, ou seja, dentro dos princípios da ortotanásia? Como podem se preparar para conduzir assim esse processo?

A percepção progressiva segundo a qual os profissionais de saúde não podem ser tratados nem como vilões, nem como deuses, nem como máquinas, mas sim como humanos; que a morte não é uma condição própria dos indivíduos vítimas de doenças e acidentes graves e letais; não é algo abstrato, conceitual, e sim factual; está manifestada em um corpo vivente, podendo atualmente ser adiada, me fez desenvolver a tese da existência de um significado para o corpo próprio do profissional de saúde ao cuidar do outro que está morrendo. Essa pesquisa ganha relevância à medida que busca um sentido para a morte humana em seu aspecto existencial, pelos significados do corpo próprio dos profissionais de saúde, pois são eles que dão sentido e significado ao processo de morrer e à morte pelo conhecimento científico, por uma ciência liberta da metafísica, da cultura e das concepções do senso comum.

A apreensão do corpo próprio, como experiência vivencial, desenvolve a consciência perceptiva de si mesmo e, ao cuidar do outro corpo próprio que está morrendo ou já morto, sente a angústia e se percebe mortal, despertando para a sua

própria morte. A consciência da própria morte estimula a percepção dos limites da existência e reconhece o ambiente onde vive, integrado com outros e por eles condicionados e historicamente construídos. Assim, o modo como os profissionais de saúde são, diante das situações de morte, se desvela em sua essência, facilita a reflexão das atitudes terapêuticas em face da iminência da morte e resgata a crucial questão da existência humana. É, portanto, de fundamental importância a realização de pesquisas destinadas a olhar o profissional cuja referência é o corpo próprio na experiência de cuidar do outro morrendo, no contexto específico, onde a morte atualmente acontece – o hospital.

A partir do exposto, esse estudo tem como objetivo:

- Apreender o sentido e o significado do corpo próprio do profissional de saúde ao cuidar do doente morrendo no contexto do hospital.

Nessa busca pela apreensão do corpo próprio do profissional de saúde que vivencia no outro a experiência humana de morrer inserido na realidade hospitalar, esse estudo será fundamentado nos pressupostos fenomenológicos merleau-pontianos, a partir da sua obra *Fenomenologia da percepção*. A escolha desse referencial teórico não se deu por acaso. O sentido e o significado da morte e do morrer sempre foram amplamente pesquisados pelas áreas de ciências humanas e pela teologia. Na área das ciências da saúde, a forte influência do positivismo na formação dos seus pesquisadores dificulta o desenvolvimento das abordagens qualitativas sobre a morte e o morrer, como também limita o espaço de divulgação dos estudos com essas abordagens. No entanto, com a fenomenologia, é possível estudar o sentido e o significado da morte, especialmente sob a ótica de Merleau-Ponty, que integra a fisiologia do corpo mecanicista ao corpo sexuado do psicologismo e do naturalismo.

O pioneirismo da abordagem qualitativa na área de saúde sob a temática do processo de morrer junto aos “pacientes terminais” ocorreu na década de 60, com Elisabeth Kübler-Ross, médica psiquiatra suíça radicada nos Estados Unidos e domiciliada na cidade de Denver, que trabalhava no Hospital Billings, da Universidade de Chicago. Ela começou a ouvir e registrar as experiências humanas

de morrer dos doentes terminais e a apreender o sentido e o significado do fenômeno da morte e do morrer para aqueles doentes.

A partir dos depoimentos, o fenômeno pesquisado se desvelou para ela. Fundamentada na psicanálise, sistematizou o processo em cinco estágios: negação, raiva, barganha, depressão, aceitação. Naquela época, entretanto, a pesquisa realizada com base na experiência vivenciada não foi reconhecida pela academia como ciência. Mesmo assim, Elisabeth divulgou seus conhecimentos: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes, proferiu conferências, seminários, deu aulas e publicou livros, como os seguintes: *Sobre a morte e o morrer* (1998) e *Morte, estágio final da evolução* (1985), que se tornaram clássicos. Essa iniciativa marcou a ampliação do conceito da tanatologia – ramo da Medicina Legal, como ciência da morte na área da saúde, a qual, estuda o processo de morrer, o morrendo e não somente o cadáver – o morto. Atualmente, centraliza todos os pesquisadores de outras áreas sobre essa temática. Por ter utilizado a abordagem qualitativa na área da saúde, a Escola de Enfermagem da UFBA, em reconhecimento ao pioneirismo da autora, denominou o núcleo de estudo e pesquisa sobre morte e morrer de Núcleo de Renascimento Elisabeth Kübler-Ross. Fundado em 1995, este núcleo está cadastrado no Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), na base de dados corrente, como grupo de pesquisa.

Assim, justificam-se a escolha pelo suporte teórico sob à ótica de Merleau-Ponty, para quem o corpo é o campo primordial onde toda a experiência aparece; é o ponto de partida para termos acesso ao mundo, deste nos ser revelado e dele tomarmos consciência e, em última instância, nos permite a comunicação. O corpo é o corpo expressivo, a partir da compreensão dada no gesto, é a relação cruzada de onde emerge o sentido. É abertura. Não é em si e nem para si, é um conjunto de condições concretas sobre as quais se atualiza em determinado projeto existencial, o que implica a existência nele próprio de uma vida pessoal e outra pré-pessoal.

Ao refletir sobre a aproximação do objeto de estudo: o sentido e significado do corpo próprio do profissional de saúde como experiência vivencial foi necessário retroagir, rever a trajetória existencial da pesquisadora, ir para um tempo quando ainda não pensava na questão profissional e, menos ainda em elaborar uma

tese. Com esse movimento pensamento reflexivo sobre a própria história, foi construído uma rede integrando o espaço-tempo passado e o presente. Segundo o percebido, então, o conhecimento atual gerado com a pesquisa realizada pertence a um contexto específico, e, desse modo, precisa ser descrito, para que a apreensão dessa produção científica seja feita de maneira coerente, convincente e harmoniosa.

Portanto, em primeiro lugar, a idéia de buscar o sentido e o significado do corpo próprio do profissional de saúde que cuida do outro que está morrendo é o reflexo da constelação familiar judaico-cristã, muito religiosa, à qual pertence a pesquisadora, em que recebeu as primeiras influências socioculturais para desenvolver as concepções próprias sobre a vida e a morte; em segundo lugar, a trajetória profissional como enfermeira-intensivista, em que trabalhou por mais de uma década em setores hospitalares de alta complexidade como as Unidades de Terapia Intensiva e Emergências, e desenvolveu os saberes “reais”, isto é, o conhecimento científico, sobre o funcionamento da estrutura do corpo orgânico vivo, quando este se encontra em situações de vulnerabilidade e fragilidade extrema, ameaçando a existência física e trazendo, para um horizonte determinado, a iminência da morte; em terceiro lugar, como enfermeira-docente, ao vivenciar com estudantes de enfermagem os cuidados básicos aos pacientes, em especial, aos moribundos, e as técnicas de preparo do corpo morto.

Ao descrever a trajetória existencial vivenciada na experiência humana de morrer, ao cuidar do outro e ensinar o outro a cuidar, busca fundamentá-la na literatura produzida pelas ciências biológica e socioantropológica, mediante análise reflexiva da própria experiência, consolidando assim o pensamento de Merleau-Ponty (1999, p.3): “Tudo aquilo que sei do mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir de uma visão minha ou de uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada. Todo o universo da ciência é construído sobre o mundo vivido”. Influenciada por este filósofo, são resgatado os elementos constitutivos da experiência, no âmbito discursivo. Numa visão fenomenológica, são estabelecidos os pontos de contato entre essa trajetória existencial, o objeto de estudo e as significações fenomenológicas reveladas por tais experiências.

O método escolhido foi o da fenomenologia, baseado principalmente na descrição, não na explicação ou análise, isto é o retorno “às coisas mesmas”, como

afirma Edmund Husserl. O ir às coisas mesmas é retornar a esse mundo antes desse conhecimento que é falado pelo próprio conhecimento e em relação ao qual qualquer determinação científica é abstrata, significativa e dependente. É a volta ao mundo anterior à reflexão, volta ao irrefletido, ao mundo vivido, sobre o qual o universo da ciência é construído. Este retorno “às coisas mesmas” como afirma Martins et al (1984) nos fala de uma intencionalidade, ou seja, uma abertura ao mundo exterior. Entre os filósofos da fenomenologia, a opção foi por Merleau-Ponty por trazer a idéia que leva em conta o sentido histórico na sua pluralidade de significados, transformando-se e não apenas se estabelecendo como uma receita, mas mostrando-se enquanto se faz, sem certezas de onde se chegará. Para dar sentido a esta investigação, utilizei-o como caminho a ser percorrido na busca do fenômeno, passando por três momentos: a descrição, a redução e a compreensão.

Na perspectiva de Merleau-Ponty, a descrição se faz a partir de um distanciamento, embora jamais tirando os pés do mundo. Portanto, a descrição e a compreensão, e não a explicação, para Coelho Jr (1988) pressupõem delimitações nítidas entre sujeito que conhece e objeto que é conhecido. As delimitações nítidas da descrição envolvem três elementos: a percepção, o sujeito e o mundo-vida. Eles estão interligados e interatuantes, pois a percepção é uma função da estrutura orgânica do sujeito que é capaz de sentir o corpo-vivido em si, isto é, o corpo próprio como consciência, ao mesmo tempo que se direciona para o mundo-vida, que é o contexto específico da sua existência.

O cenário foi um hospital da rede pública da cidade de Fortaleza – Ceará, inserido no sistema de municipalização da Secretaria da Saúde do Estado como hospital de referência para o tratamento de paciente portador de doença incurável, comprovado por diagnóstico médico, havendo, portanto, a convivência no cotidiano dos profissionais de saúde que nele atuam com a iminência da morte. Antes de iniciar o processo da produção dos dados, foram cumpridas às questões éticas. Após a qualificação, e feitas as modificações sugeridas pela Banca Examinadora, o projeto de tese a ser desenvolvido como pré-requisito para a obtenção do título de doutor à Comissão de Ética do hospital, solicitando autorização para realizar a investigação, conforme descrito na Portaria 196/96. Essa comissão, após avaliá-lo, encaminhou-o ao Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da

Universidade Federal do Ceará (COMEPE), onde o projeto recebeu parecer favorável.

Os procedimentos para a produção sistemática dos dados e depoimentos foram realizados de acordo com Bogdan e Biklen citados por Lüdke e André (1986, p.11-13), que apresenta as principais características da pesquisa qualitativa-fenomenológica: a pesquisa é naturalística, tem dados descritivos, a preocupação é com o processo, ela é indutiva e a questão da significação é essencial. Com essas características os sentidos e as significações dos fenômenos são o cerne para os pesquisadores qualitativistas. Procurar capturá-los, ouvindo e observando os sujeitos da pesquisa, bem como dar interpretações, são os maiores objetivos desses pesquisadores. Foram selecionadas as técnicas e os instrumentos de coleta de dados: ficha de cadastro com as características sociodemográfica, visitas técnicas, oficinas e entrevistas.

Depois de várias leituras e releituras das descrições contidas nos depoimentos, e das unidades de sentido e significado, fui agrupando as unidades que possuíam um tema comum conforme a similaridade do seu conteúdo, levando à compreensão e interpretação das falas dos sujeitos na experiência vivida do corpo próprio ao cuidar do outro que está morrendo. Para isso ocorrer, é necessário, ressalta Coelho Jr e Carmo (1991), colocarmos em suspenso primeiro este mundo, depois o julgamento que temos dele, do nosso “eu” e os atos deste “eu” julgador. Como refere Merleau-Ponty, é impossível uma redução completa, pois não somos espírito absoluto, somos ligados o tempo todo com o mundo, para assim descrevermos e compreendermos os fenômenos. A partir dos depoimentos coletados e transcritos, procedi à redução, refletindo sobre as falas, com vistas a extrair delas sua essência. Delas emergiram as seguintes unidades temáticas: Consciência perceptiva do corpo, a Espacialidade do corpo no mundo e Limites da existência no corpo.



## 2 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE PESQUISA

*Há um Caminho e eu sou esse Caminho, o Caminho da Natureza que se move em todas as coisas. No início criei o padrão universal, o modo como as coisas são, o modo como as coisas fluem, o modo como as coisas devem ser. Então ordenei as estações em seqüência, harmonizei as encostas das montanhas, organizei os oceanos até que tudo estivesse auspiciosamente arranjado. Eu sou a ordem natural das coisas. Eu sou o Caminho.*

*Amy Sophia Marashins*

### 2.1 Influência dos saberes mágico-religiosos

Em decorrência dos rituais da Igreja Católica sobre a Paixão e Morte de Cristo, considero as influências mágico-religiosas um dos fortes fatores que me motivaram, desde muito cedo, entre 5 e 7 anos, a iniciar minha caminhada em busca da compreensão sobre a temática do corpo e da morte. A partir dessa idade e até o final da adolescência, sistematicamente, todo ano, na Sexta-Feira Santa, meus pais obrigavam-me a cumprir o ritual de beijar a imagem do Senhor Morto. Em virtude da religião dos meus pais e familiares, fui criada vivenciando um eterno luto pela morte de Jesus Cristo – um Deus morto. Situo, pois, minha experiência infantil como um condicionador para a aproximação com o objeto desse estudo fundamentada em Rodrigues (1983, p.22). Este autor descreve o despertar da consciência da morte no psiquismo infantil e, segundo afirma, é neste momento que a criança toma consciência de si mesma como indivíduo, uma vez que o homem é o único ser a ter verdadeiramente esta consciência, o único a saber que sua existência sobre a Terra é finita, efêmera.

A consciência da morte está associada à consciência de si como indivíduo e surge na infância por volta dos 3 anos, por ser uma idéia abstrata e fora do âmbito da sua existência. Nesse sentido, Rodrigues (1983, p. 24) ressalta a relevância dessa tomada de consciência pela criança, à medida que desempenha uma função de respeito à vida e como uma função individual que se explica por relação à

coletividade. Assim, quando criança, ao mesmo tempo que tomei consciência da morte, tomei consciência de mim mesma e desenvolvi uma noção própria sobre a morte, mesmo sem ter vivido esta experiência na família e sem ter visto, ainda, um cadáver, pois segundo Morin (1997, p.30) a criança, apesar de não ter a experiência da decomposição do cadáver, conhece muito cedo as angústias e obsessões da morte. É uma noção própria elaborada pela criança na sua co-existência com os adultos, os quais lhe transmitem as representações convencionais sobre tal acontecimento, socialmente construídas a partir dos saberes reais, da religião e da cultura onde estão inseridos.

Quanto à religião, na opinião de Freud, somente seria possível uma criança não ser influenciada pelas idéias das religiões e não se preocupar com Deus e com as coisas do outro mundo se ela vivesse absolutamente isolada de qualquer influência dos tradicionais conceitos das doutrinas religiosas. Entretanto, essas idéias e doutrinas religiosas são introduzidas numa idade em que a criança não está interessada no seu significado nem é capaz de aprendê-lo. Portanto, a apropriação da idéia da morte e do morrer é uma consequência da interação do indivíduo com outros indivíduos, com o seu próprio eu, com a sua cultura.

Com a consciência da morte, a criança que eu era encontrou dentro de si forças notáveis que moldaram tanto sua maneira de ver as situações de morte, no passado e no presente, como a forma de lidar com elas. Não se trata apenas da consciência daquilo que era inconsciente como criança, pois o inconsciente, segundo Becker (1973, p. 28-87), não reconhece a morte ou o tempo, e, em seus recessos orgânicos fisiológicos mais íntimos, o homem se sente imortal. Para Morin (1997, p.61), é só por experiência, na coexistência com o outro, que a espécie humana sabe que há de morrer, uma vez que o corpo vivo torna-se um corpo morto – um cadáver. A morte humana é um conhecimento adquirido pelo homem, e por ser um saber exterior, aprendido, não inato, sempre o surpreende.

A consciência da morte, adquirida a partir do contato com a morte de Deus em um ritual religioso judaico-cristão, entre 5 e 7 anos, foi um ato individual e também coletivo. Sob a ótica da psicanálise, esse ato individual é a angústia – o primeiro conteúdo psíquico com que o homem se torna consciente. Nesse sentido, conforme Rank (1934a, p. 74) “a tese da angústia se edifica em seguida, através dos

mais variados caminhos, uma multidão de outras superestruturas psíquicas [...] nos ocuparão mais tarde sob a denominação genérica de formações simbólicas”.

Segundo esse autor, o traumatismo do nascimento é um mecanismo biológico do inconsciente. Para ele, o primeiro momento da angústia infantil é representado pela angústia fisiológica e respiratória que acompanha o nascimento, e se estende aos momentos em que a criança tem de ficar sozinha no escuro, fazendo retornar a impressão inconsciente do traumatismo primitivo ou da sua vida intra-uterina. Entendo esse ato como uma morte, da qual não se tem lembrança, embora o corpo registre essa experiência traumática, e sinta a angústia, o que o faz despertar para a consciência da morte e de si mesmo.

Se essa consciência da morte é um ato individual, é também coletivo, por ter acontecido em um contexto específico e na interação com outros indivíduos. Portanto, o desenvolvimento dessa consciência sofreu a influência das representações mágico-religiosas, que adultos, com quem convivi na infância, tinham sobre o corpo morto e o fenômeno da morte, pois na opinião de Rank (1934b, p.35-43) as crianças não possuem nenhuma representação objetiva sobre o fenômeno da morte, nenhuma idéia abstrata sobre a morte e elas pensam nas pessoas que morreram como se estivessem provisoriamente ausentes. Para ele, quando uma criança está revoltada e deseja a morte dos que a incomodam, isso significa voltar para o lugar de onde veio, a vida intra-uterina. Como afirma esse autor, a idéia da morte acha-se, pois, ligada desde o início a um sentimento agradável, intenso e inconsciente; e esse sentimento, que corresponde ao desejo de regressar à vida intra-uterina, persiste ao longo de toda a história da humanidade.

Apesar de entender a morte e o morrer como um fenômeno biológico, há uma clara compreensão de que as primeiras representações mágico-religiosas são significativas na minha aproximação do objeto desse estudo, à medida que construí, na minha existência, a representação do meu Eu e da morte, influenciada pelos outros, no caso, os adultos diretamente responsáveis pela criança. Nesse sentido, continuo a descrever a experiência vivida que desde cedo me aproximou do fenômeno da morte, condicionado pelo contexto social. Quando na minha infância tomei consciência da morte, chamou-me a atenção a predominância da orientação recebida no sentido das representações mágico-religiosas relacionada à imagem do corpo

humano que manifestava o fenômeno da morte. Essa consciência, própria ou do outro, para Morin (1997, p.23) é sem dúvida uma das maiores conquistas constitutivas do homem: não se trata mais de uma questão de instinto, mas já da aurora do pensamento humano, traduzida por uma espécie de revolta contra a morte. Diante do corpo morto – o cadáver emerge no corpo vivente essa revolta, a recusa da morte, entendida como a dissolução da individualidade na espécie, e provoca no homem a produção de uma imensa variedade de representações mágico-religiosa, em torno do corpo morto, especialmente quando se trata de uma representação do corpo morto de Deus.

Na experiência vivida na infância, sob a influência da tradição judaico-cristã, especialmente no catolicismo, o corpo morto estava preso em uma cruz, onde a violência do processo de morrer se revelava; e na procissão realizada na Sexta-Feira Santa, em um ataúde, o corpo morto estava deitado em repouso, lindamente vestido, sereno, tranqüilo – mesmo estando com as feridas abertas, sangrando, por ter sofrido uma morte violenta, morte na cruz, conforme os costumes da época. Aquela imagem do corpo humano morto que eu criança via inerte, no ataúde, não era considerada um corpo morto qualquer, era homem e era Deus e havia morrido há dois mil anos. Uma morte que não atingiu somente os próximos, mas a globalidade do social em seu princípio mesmo, ao longo dos tempos, durante muitos séculos. Daí a importância para Rodrigues (1983) das representações mágico-religiosas em torno do corpo e da morte que retomo da minha experiência e para a qual encontro.

A morte de um adulto significa, normalmente, dor e solidão para as pessoas que sobrevivem a ele. Sob o ângulo humano, afirma Rodrigues (1989, p. 21) “a morte não é apenas a destruição de um estado físico e biológico, ela é também a de um ser em relação, de um ser que interage”. Essa destruição das relações humanas entre os indivíduos faz surgir uma relação com o vazio, pois o corpo vivente, quando estimula o corpo morto pelo toque das mãos, pelo som da voz, pelo choro, não obtém mais nenhuma resposta: o vazio da morte é sentido primeiro como um vazio interracional (idem), o que provoca dor e recusa pelo corpo morto, cujas funções de andar, falar, sorrir e chorar deixam de existir. Essa dor é expressa pelos participantes dos funerais, enquanto a recusa do corpo morto se acentua à medida que o processo da decomposição se instala, caracterizando o

cadáver. Isso leva o homem a vivenciar a expectativa da decomposição do cadáver como a própria dissolução da individualidade. Essa expectativa, afirma Morin (1997, p.28), gera um horror que o comanda e revela a preocupação lancinante de salvar sua individualidade além da morte. Assim, o horror da morte é a emoção, o sentimento ou a consciência da perda da individualidade.

Todas essas preocupações de destruição das relações humanas e a dissolução da individualidade estão relacionadas não só ao corpo morto – cadáver, mas, principalmente, à decomposição desse cadáver. Diante dessa decomposição, surgem as perturbações específicas para a existência, como descreve Morin (1997, p.28) ao delimitar e reconhecer essas perturbações como o núcleo específico do fenômeno da morte. Para esse autor, daí surgiram todas as representações mágico-religiosas às quais o homem recorreu, e isto, desde a pré-história: para acelerar a decomposição foi a cremação; para evitá-la, a mumificação ou embalsamento;<sup>1</sup> ou para afastá-la, o sepultamento,<sup>2</sup> o que fez surgir as sepulturas, consideradas pelas ciências socioantropológicas como o dado primordial, fundamental, universal da morte humana.

O cadáver humano, segundo Morin (1997, p.25), já então suscitou emoções que se socializaram em práticas funerárias, e esta conservação implica um prolongamento de vida. O não-abandono dos mortos implica a sobrevivência deles, porém não é mais um vivente comum, não tem mais um corpo humano, é agora um cadáver e, por isso, passa a ser transportado e tratado com ritos especiais, tornando a morte uma metáfora da vida, de forma que não existe um conceito, uma idéia da morte e sim uma imagem, um mito. Nos vocabulários mais arcaicos e até na linguagem atual, em pleno século XXI, fala-se nela como de um sono, de uma viagem, de um nascimento, de uma doença, de um acidente, de um malefício, de uma entrada na morada dos ancestrais e, na maioria das vezes, tudo isto ao mesmo tempo.

Diante do exposto, a mesma consciência que nega a morte a admite como um fato e a torna reconhecida como lei inelutável. Morin (1997, p.26) afirma que ao

---

<sup>1</sup> “Consiste em um processo transformativo conservador do cadáver, podendo ser produzido por meio natural ou artificial” (FRANÇA, 2001, p.349, 353).

<sup>2</sup> “O cadáver é transportado para outro lugar longe dos vivos, para que lá ocorra a autólise e a putrefação” (FRANÇA, 2001, p.349, 353).

mesmo tempo que se pretender imortal, o homem se chamará de mortal. Com essa contradição torna-se compreensível a existência de uma zona de inquietude, angústia e horror, situada entre a constatação da morte no outro e o sepultamento, de onde surge a crença na imortalidade. Nada há de surpreendente se o cadáver vem a ser objeto de uma atenção especial, de cuidados e preocupações mortuárias, enfim, de rituais praticados de acordo com as representações mágico-religiosas construídas e reconhecidas pelo grupo social, para comunicar, assimilar e expulsar o impacto que provoca o fantasma da destruição das relações humanas e a dissolução da individualidade ou o seu aniquilamento.

De acordo com as representações mágico-religiosas assimiladas pela criança, que eu era naquela época, que não compreendia e não questionava, mas somente imitava e se submetia ao outro adulto, essa criança percebia que a saída para seus conflitos infantis era fazer como Jesus fez, morrer, pois a morte era o que eu via todo ano na Igreja, na época da Quaresma: a imagem do Senhor Morto, um corpo humano idolatrado, adorado, reverenciado por todos e, principalmente, pelos meus pais. Todas essas representações foram reforçadas pelo sistema educacional. Durante treze anos fui educada em colégio de freiras e aprendi o dever de ser filha de Deus. Não havia direitos, só deveres, obrigações, rigorosa disciplina aos rituais, obediência cega. Isto era a fé. Essa foi uma época de muitos conflitos, muita repressão e muito medo. Desenvolvi uma preferência pelo Deus Morto.

A influência dessa representação foi tão forte e decisiva que não sei precisar o instante da minha decisão, mas o meu ente, o meu eu determinou que nenhum dia mais se passaria sem que eu desejasse a morte para mim, sem que eu a esperasse todos os dias e a esperasse como uma amiga e companheira, apesar da dor e do sofrimento atribuídos a ela. Apesar do meu desejo e anseio pela morte, não tomei a iniciativa de fazê-la acontecer, de conscientemente buscá-la, pois havia a dúvida de Deus, e o medo do desconhecido. E se Deus não existir e Jesus não for Deus? E o que há na morte? Para mim, a morte só fazia sentido em Deus e como Jesus o fez. Jesus não tirou sua própria vida. Viveu a vida e esperou a morte, e morte na cruz, morte do corpo físico-biológico sentido e vivido com sua humanidade, com dor e sofrimento, apesar de ser um com Deus. Os questionamentos sobre a existência de Deus, a atração pela imagem do corpo morto de Jesus e a certeza da minha própria morte me acompanharam durante a infância e adolescência, períodos

permeados de privações, aridez, carência afetiva, isolamento, e também de muito aprendizado, pois estas experiências me ensinaram a existir mesmo na dúvida de Deus, sentir a certeza da morte, e aceitar viver a dor e o sofrimento da minha existência com a sua finitude.

Passei a conviver com uma imagem empírica da morte, aquela que me foi dada pela religião dos meus pais. O sentido e o significado da morte por mim percebidos foi a morte como salvação. Surpreendentemente, não acreditei na imortalidade proposta pelo mito da ressurreição e da reencarnação. Vida além da morte, nem pensar. Recusei todas as formas de existências que não fossem as da natureza. Talvez por isso, hoje, cuido dos que estão morrendo e busco o segredo da existência, que acredito, ela contém.

Portanto, o Deus Morto e a morte como salvação foram as principais representações assimiladas por mim na infância e adolescência – a salvação. Essa é definida por Morin (1997, p.200) como sendo a desvalorização do “duplo” e a promoção da alma que quer sobreviver à ruína do corpo, e até garantir para si um corpo imortal. Ela implica também a intervenção salvadora de um deus que livra os homens da morte. Na salvação está a força da representação da ressurreição onde o homem acredita que um deus ressuscitará a si próprio e do mesmo modo se beneficiará com esse mistério sagrado. Esse deus guarda uma semelhança com o homem e será para este o penhor absoluto de uma identidade na ressurreição. Possui como características principais: a desvalorização do duplo; a aquisição da imortalidade nítida, clara, desligada do duplo; a iniciação e o sacrifício; a concentração na morte humana e na progressão do indivíduo na consciência de si mesmo. O fundamento mágico essencial é o sacrifício de morte-renascimento e o sacrifício-de-deus-que-morre-para-ressuscitar, pois somente o sacrifício mais horrível e mais sagrado é capaz de salvar o homem da morte. Basta pensar na medonha crucifixão de Jesus.

Todas essas influências mágico-religiosas adquiridas durante meu desenvolvimento da consciência da morte no psiquismo infantil até o fim da fase de adolescência me motivaram a compreender e ressuscitar o Corpo do Senhor Morto. A meu ver, este contexto histórico-cultural, se não é determinante, com certeza condicionou o foco do meu interesse pela morte e pelo corpo, vindo de muito longe

minha aproximação com este objeto de estudo. De concreto, o que eu criança vi foi a morte de Jesus, seu corpo morto e seu velório. O Deus que apreendi dos meus pais e a religião que eles professavam era a de um Deus Morto. E o que está morto não existe, não tem corpo. A salvação, portanto, está no corpo humano e no mundo existente para esse corpo. Na última ceia com os apóstolos, Jesus disse: “Tomai e comei o meu corpo que é dado por vós”. O corpo, então, é a salvação, entendida por mim, na conexão com o segredo que a morte traz, como a consciência de si mesmo, provocada pelo outro que morre.

Essa consciência não é pontual mas sim processual, vai se construindo à medida que o corpo animal humano é capaz de funcionar como um todo e de se relacionar com o ambiente constituído por muitos outros sistemas, inclusive não-humanos; não é única, exterior e soberana, existe em uma diversidade individual e em uma multiplicidade de corpos; não vem de fora, para ser realizada ou dada por um deus, e sim, está contida no cerne da estrutura orgânica; cresce e se desenvolve de dentro para fora, constituindo a percepção de si mesma, quando se dirige para algo atribuindo-lhe sentido e significado; se amplia, se expande e também se contrai e se reduz; estabelece uma comunicação, utilizando os cinco sentidos como canais transmissores e receptores de estímulos e mensagens, estabelecendo um intercâmbio aberto com todos os outros sistemas, o que facilita o aprendizado, a troca de experiência, a possibilidade de uma existência para o gozo, a felicidade, o prazer cada vez mais novo e rico do mundo.

Essa compreensão é o resultado da minha trajetória existencial, pois, além das influências mágico-religiosas, recebi as influências dos saberes “reais”, isto é, saberes científicos produzidos pela razão humana, e os adquiri por ter tido a oportunidade de ingressar no mundo universitário, antes mesmo de ingressar no mercado de trabalho. Quando abandonei as representações mágico-religiosas, voltei-me para a ciência e me aproximei mais ainda da morte e do corpo, de uma forma bem concreta, bem real.



## 2.2 Influência dos saberes reais

Antes de ser profissional de saúde fui estudante e foi nesse período que a morte se apresentou novamente a mim. Desta vez, não era a imagem do Senhor Morto já abandonada e esquecida em um tempo distante, era mesmo um cadáver de alguém que eu jamais havia visto, uma mulher. Nessa época, eu começava a estudar anatomia e a frequentar as aulas de dissecação no Instituto Médico-Legal de Salvador, o Nina Rodrigues. Este corpo estava nu, despido de roupa e de beleza, abandonado, sem ninguém que o beijasse ou acariciasse, e exalava odor fortemente desagradável, misturado ao formol. Um corpo de carne e osso estava ali esperando por alguém que o tocasse. E não havia ninguém. Contemplei aquele corpo e me senti paralisada. Quase não respirava. Eu estava só e me perguntava: O cadáver, afinal? O que é a morte?

Quando a aula de dissecação começou, já não estava mais só. Outros cadáveres me fizeram sair daquela fixação para entrar no espanto ao observar a desenvoltura, a apropriação de conhecimento, quase divertimento, do professor e seus assistentes, ao dissecar os cadáveres e manusear as peças anatômicas. Na opinião de Cancone (1983), essas aulas de dissecação do corpo humano funcionam também como um rito de iniciação, pois para os estudantes significa estar entrando realmente em contato com o objeto de trabalho profissional da área da saúde, especialmente a medicina e a enfermagem, e, ao mesmo tempo, com o sofrimento e a dor. Segundo essa autora, o sofrimento e a superação do sofrimento não são apenas importantes para a aquisição do conhecimento e das atitudes adequadas. São também em si mesmos parte das atitudes necessárias. Tais aulas provocam nos estudantes inúmeras reações emocionais e orgânicas, e eles desenvolvem mecanismos de defesa para lidar com as situações de morte. Os colegas, até mesmo os estudantes de medicina, manifestavam reação de medo ou nojo e esperavam ansiosamente a hora da aula terminar.

Naquele momento, meu espanto e minha paralisia interna não me permitiram perceber minha reação corpórea, porém me sentia curiosa, angustiada para compreender o que acontecera com aqueles corpos – doença, acidente, suicídio, assassinato, envenenamento, enfim, saber qual a causa da morte que transformou o corpo vivo em um cadáver.

Durante toda a disciplina de anatomia, apesar de estarmos lidando com os cadáveres, em nenhum momento as questões da morte foram discutidas. Quando os professores a ela se referiam, era apenas para incentivar, nos estudantes, as concepções biopsicossociais do corpo humano e a evolução técnico-científica das terapêuticas, ambos paradigmas predominantes na área da saúde até os dias atuais. Os saberes “reais” organizados sob a ótica desses paradigmas vigentes, onde predomina a corrente do pensamento positivista com uma visão analítica e cartesiana da ciência, influenciam a formação acadêmica na área da saúde a adotar o modelo biomédico.

Em relação a esse modelo, Pessini (2001, p. 190) afirma que

O corpo humano é visto como uma máquina complexa [...] a doença em si é compreendida como um desvio da norma biológica mensurável estatisticamente, causada por alguma mudança biológica destrutiva, enquanto a saúde é compreendida estreitamente como ausência de doença.

É um modelo fundamentado na ciência da natureza, a qual está firmemente embasada no pensamento cartesiano, onde predomina a rigorosa separação entre matéria e espírito, corpo e mente. De acordo com Capra (1982, p. 116),

É uma ciência que considera o corpo humano como uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças, portanto, a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enquiçado.

Essa concepção permeava todo o ciclo básico – Fisiologia, Farmacologia, Patologia, Bioquímica, Histologia e outras. Também nas disciplinas específicas da área de enfermagem, não havia espaço para tratar as questões da morte. O conhecimento sobre o cuidado a ser prestado aos doentes, incluídos os moribundos, era essencialmente técnico. Segundo Rodrigues e Braga (1998, p. 54),

A formação dos profissionais da área de saúde, de modo geral, tem como núcleo central a preocupação com a objetividade e a resposta imediata e circunstancial aos tratamentos realizados [...] em curas de natureza mais prática, dissociadas das histórias de vida dos pacientes e dos processos emocionais que possam emergir ao longo desses tratamentos.

Somos “treinados” a olhar para o corpo dos doentes e procurar a cura para seus males, pois o corpo humano doente apresenta defeitos por ter sofrido

excesso ou déficit decorrentes de determinados motivos como algum uso indevido, acidente ou ataque de agentes desconhecidos.

Independentemente da forma como sobrevém, a morte é sentida como um fracasso. Ainda como estudante tive outras experiências com o corpo vivo e morrendo, ao conviver com os doentes internados em hospitais, onde percebia a dor, o sofrimento, a agonia e a solidão desse momento de morrer.

Nesse período, a angústia era mais intensa, pois sob as influências dos saberes “reais” a morte é inconcebível e exige tudo se fazer para evitá-la ou pelo menos adiá-la. Essa angústia contida e reprimida provocava profundas inquietações e questionamentos diante das situações de morte e morrer vivenciadas: Se é verdade que a eternidade e a imortalidade existem, e se com a morte se alcança esse estado, por que a morte é tão rejeitada e negada? Seria mesmo a morte o fim de toda uma existência, de dor, sofrimento, sacrifícios e renúncias sem possibilidade de sentir o gozo, o prazer e a felicidade? Será que o viver é a condenação, o castigo, a punição por ter perdido o paraíso? Ou, então, não seria o medo de viver que conduz o indivíduo, de forma velada e doentia, a uma busca por outra vida além da morte?

Enquanto aprendia a cuidar do corpo doente e morrendo, sentindo essas angústias e inquietações, encontrei na minha formação profissional oportunidade propícia de controlar as emoções e superar o medo da morte, que está presente em todos os indivíduos, principalmente em face da sua iminência.

Na verdade, como afirma Becker (1973, p. 24), são dois grandes medos: o medo da vida e o medo da morte. O medo da vida se vincula ao medo da realização da individualização, e tende à destruição. Por isso o indivíduo se torna vulnerável a acidentes e deslizes. Contudo, a construção do significado da experiência de morte não ocorre como um processo isolado, como já expus ao me referir às influências dos saberes mágico-religiosos e dos saberes reais no período da minha formação universitária. Segundo Alves (1993, p. 269), “a consciência não constitui seus objetos *ex-nihilo* pela autonomia da interioridade subjetiva, mas a partir de processos interpretativos adquiridos na vida cotidiana”. A morte é subjetivamente dotada de sentido, à medida que é afirmada como real para os membros ordinários da

sociedade. Isso ocorre predominantemente ante um acidente, doença ou velhice, e a afirmação do sentido da morte é feita com medo, um medo paralisante, assustador, tangenciando o pânico, podendo mesmo chegar a ele. Esses medos estavam presentes em mim, porém não eram maiores do que minhas inquietações e incertezas diante da dor e do sofrimento dos corpos vivos sob meus cuidados.

Desde as mais primitivas culturas, o medo da morte faz parte do comportamento humano. É adquirido por meio da educação, das relações e do convívio social, marcadas pelas influências das representações mágico-religiosa que funcionam subliminarmente aos saberes reais desenvolvidos pelo indivíduo na sua trajetória profissional, onde ele está inserido. Como ressalta Áries (1989, p.432), até a primeira metade do século XVIII ninguém expressava qualquer medo da morte. No entanto, a partir daí os médicos se apoderam da questão da morte para denunciar um dos grandes perigos da época: a morte aparente. Isto causou inquietude, disseminada, particularmente, entre as elites instruídas.

Precauções tornaram-se freqüentes nos testamentos e nas recomendações médicas antes do sepultamento. A forma de lidar com este medo da morte varia através do tempo conforme a trajetória existencial do indivíduo, facilitando ou dificultando a percepção da morte e a compreensão da experiência humana do morrer. Entretanto, salienta Santana (1998), salienta que todo o significado da morte só é lógico para o indivíduo porque é socioculturalmente legitimado por seus semelhantes. Ao se afirmar o caráter intersubjetivo da morte, pressupõe-se a existência de parâmetros ou quadros de referências graças aos quais é construído o significado da experiência do processo de morrer e a morte. Estes quadros são internalizados pelos indivíduos mediante processos concretos de interação social. Neste aspecto, os padrões estabelecidos pelas influências mágico-religiosas e dos saberes reais utilizados para interpretar um dado episódio de morte ou do seu processo de morrer são representações sociais, ou seja, são processos de definição e interpretação construídos intersubjetivamente.

A morte só é admitida como facticidade evidente por si mesma e compulsória, dentro das coordenadas estabelecidas pelo mundo intersubjetivo do senso comum. Por mais que se deseje ignorá-la, ela existe. A consciência individual e coletiva existe e ela sabe. Tal consciência se expressa na “atitude natural” da vida

cotidiana. Essa atitude natural que desenvolvi na trajetória existencial por mim vivenciada originou uma força interior, proporcional às inquietações e às incertezas, que se transformava em ações educativas e terapêuticas.

Na realidade da vida cotidiana, está o corpo, lugar da presença do humano no mundo, possibilitando construir sua história e conviver com os outros. Quando em desarmonia, o corpo manifesta sinais, alterando profundamente a personalidade, os projetos de vida, levando à esperança de cura ou ao desespero, se esta não é possível. Como estudante, cuidava dedicadamente do corpo psicofísico. Banhá-lo, vesti-lo, alimentá-lo, administrar os medicamentos eram rotinas cumpridas com amor, apoiando, confortando, consolando, enfim, cuidando para viver ou morrer. Neste labor, observava que no processo de viver e morrer é o corpo psicofísico que faz a diferença, como referência para as questões da vida e da morte: vivo, ele tem movimento, é dinâmico, animado; morto, é um cadáver destinado à decomposição. Então, o que não tem corpo não possui existência humana. Por isso, para preservar a existência humana, é preciso cuidar do corpo e do ambiente onde ele está inserido.

As influências dos saberes “reais”, isto é, científicos, adquiridos durante a formação universitária condicionaram minha especialização em terapia intensiva e posteriormente minha inserção no mercado de trabalho, como enfermeira de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital geral de grande porte da rede pública, na cidade de Salvador, pois é no cenário das Emergências ou UTIs onde ocorre a maioria das mortes, e nele existe poderoso arsenal tecnológico para seu enfrentamento. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), as Unidades de Terapia Intensiva são unidades destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e acesso a outras tecnologias com vistas ao diagnóstico e à terapêutica. Nelas se encontra um grupo especial de doentes críticos, caracterizado, segundo Piva e Carvalho (1993, p. 129), por utilizar uma infinidade de recursos tecnológicos e, mesmo assim, apresenta resultados persistentemente desanimadores, ou seja, doentes que mantêm alta taxa de mortalidade a despeito dos maciços investimentos.

As Unidades de Terapia Intensiva conforme Pacheco (1995) e Santos et al (1994) surgiram das necessidades impostas pelas grandes guerras, por epidemias ou por grandes desastres. Tais necessidades exigiam a criação de unidades para tratamento específico de doentes graves. Com o advento dos respiradores artificiais, após a Segunda Guerra Mundial, iniciou-se a utilização de tecnologia avançada nessas unidades. A partir da epidemia de poliomielite na Escandinávia (1952-1953) foram criados os primeiros esboços aperfeiçoados de UTIs, inicialmente denominadas de Unidade de Recuperação Pós-Anestésica, destinadas a receber os pós-operatórios de cirurgias cardíacas. Entre os anos de 46 e 48, tornaram-se realidade e foram seguidas pela criação das unidades coronarianas e outras unidades especializadas. É nos Estados Unidos, no final da década de 60, que surgem as primeiras UTIs organizadas para a utilização de tecnologia avançada e o aperfeiçoamento dos métodos diagnósticos. No Brasil, as primeiras UTIs despontam na década de 70, fase do “milagre econômico”, quando a política tinha como característica a busca da monitorização e do desenvolvimento, inclusive no setor saúde. Neste cenário ingressei, recém-formada e despreparada para o enfrentamento das situações de morte e morrer. Nele permaneci por dez anos trabalhando em Centros de Terapia Intensiva, sem assistir, porém, morte de pessoas próximas.

O paradigma técnico-científico estava em sua fase áurea, na qual os desenvolvimentos tecnológicos e científicos, especialmente na área da biomedicina, cresciam vertiginosamente. Tais avanços celebrizaram-se na frase do médico francês Jean Bernard: “A medicina mudou mais nos últimos cinquenta anos do que nos cinquenta séculos precedentes”, e com ela toda a grande área de conhecimento da saúde. Diante dos avanços da biomedicina e com o advento das CTIs, segundo Pessini (2001, p. 188), foi muito instigado o avanço do *managed care* (cuidado gerenciado), fazendo emergir o paradigma comercial-empresarial onde os profissionais de saúde deixam de ser liberais para se tornar funcionários, com baixa remuneração, atuando em uma ou várias empresas hospitalares; o critério que tende a determinar a admissão do doente em um CTI e o tratamento a ser utilizado é o tipo de plano que possui na seguradora de saúde.

Nessa perspectiva, com o predomínio do fator econômico, é o poder aquisitivo do cliente (seguro saúde especial), mais do que o conhecimento e a

sabedoria médica, que determina o procedimento terapêutico a ser aplicado. Essa mentalidade vem ganhando força ao longo do tempo, pois a tecnologia, novos fármacos, equipamentos sofisticados e profissionais de saúde especializados em terapia intensiva têm custo muito elevado, e ao mesmo tempo, geram lucro para as empresas hospitalares e para os profissionais nelas envolvidos.

Os profissionais de saúde são, então, estimulados a investir nos procedimentos de terapia intensiva enquanto o doente não morrer ou existir recursos, mesmo quando se trata de doentes terminais. Ainda segundo Pessini (2001, p. 188), “num sistema de valores capitalistas, em que o lucro é o valor primordial, essa exploração da fragilidade do doente terminal [...] tem sua própria lógica – uma lógica sedutora, porque além de garantir lucro para a empresa, parece defender um dos grandes valores da ética humanitária, o valor da vida humana”. Mais adiante, esse mesmo autor, chama a atenção para a precariedade do compromisso com o valor da vida humana, que se manifesta tão logo “começam a faltar recursos para pagar as contas [...] uma tecnologia de ponta que parecia tão desejável de repente é retirada e são sugeridos tratamentos menos onerosos em termos econômicos”.

Em face desta “onipotência”, o doente, ao penetrar e habitar o mundo das UTIs, torna-se mero objeto de trabalho nas mãos dos profissionais de saúde, passa a existir um corpo vivo danificado, para ser mantido vivo, mesmo à custa de meios artificiais, ou um corpo morto para ser ressuscitado. A atitude básica é impedir a morte a qualquer custo e a tecnologia é usada como instrumento de distanásia, servindo apenas para prolongar o sofrimento e retardar o inevitável processo de morte. Ao mesmo tempo, submete o doente a uma agonia por meios artificiais e muitas vezes a um desrespeito ético e moral.

Como revela o estudo de Noronha et al. (1985, p. 350), assim que chega à unidade, o doente é caracterizado por sondagem vesical, nasogástrica, endotraqueal, venosa; monitorizado; um aparelho respira por ele; o enfermeiro e o médico pensam, agem e decidem por ele. Despojado até do direito de pensar, o paciente [...] somente tem uma opção: entregar-se. A situação se agrava ainda mais para o doente quando os profissionais de saúde, por questões relacionadas à biossegurança de todos os envolvidos com o tratamento intensivo, dentro deste centro fechado, promovem a ruptura das relações familiares. As questões das relações

familiares com os doentes internados em uma UTI também são discutidas em Noronha et al. (1985, p. 351) quando afirmam que

A separação da família e do mundo exterior atinge frontalmente a privacidade do paciente. Somos estranhos, num ambiente estranho e com linguagem e procedimentos estranhos ao paciente [...] o momento da visita deve ser preservado, pois é o momento de maior privacidade do doente.

Esses momentos são rápidos, limitados, restritos. A família em geral é quase ou completamente excluída do processo, impedida até de satisfazer as exigências religiosas para não contrariar o regimento interno da unidade.

Neste, mais do que em outro cenário hospitalar, o profissional de saúde vivencia um enfrentamento ético e ideológico sobre o prolongamento da vida e o adiamento da morte, fonte de estresse para todos, e principalmente para o doente e seus familiares.

Tempos depois, mais madura profissionalmente, conforme constatei, tais atitudes não promoviam o prolongamento da vida e sim o prolongamento do processo de morrer com dor e sofrimento. Embora a morte na Unidade de Terapia Intensiva seja adiada, raramente ela é evitada. Neste aspecto relacionado aos profissionais de saúde, vale ressaltar o estudo realizado por Boemer, Rossi e Nastari (1989, p. 11). Segundo estes autores, é realmente difícil a vivência da dualidade a que já nos referimos: – preservar a vida ou compreender que a morte é inevitável – pois o discurso da literatura específica é todo calcado naquilo que é efetivamente o propósito das unidades, – garantir a manutenção da vida. É nesse objetivo que toda a equipe se concentra e se une para uma luta constante.

Ao conviver neste mundo institucional, enfrentei, junto com os integrantes da equipe, sentimentos e ansiedades profundas e intensas nessa rotina de trabalho, na qual a principal responsabilidade dos profissionais é reverter o processo de morrer manifestado neste corpo, independente da causa e a qualquer custo. Nossa maior preocupação é com a precisão, a eficácia e a rapidez das ações no atendimento, somado ao conhecimento e à perspicácia da observação na identificação do risco de vida iminente.

Tais características, para Boemer, Rossi e Nastari (1989, p.13), tornam os profissionais destas unidades diferenciados de outros, pois o requisito da prontidão é gerador de estresse, atenuado, desta forma, pelo bom relacionamento que os



discursos dizem existir entre o pessoal de enfermagem. Conforme D'Assumpção (1995, p. 169), em uma UTI a assistência não é prestada apenas pelo médico, mas por toda a equipe do centro que periodicamente é substituída com rodízio de plantões. Dessa forma, evita-se maior envolvimento emocional dos profissionais que ali atuam com os enfermos, que também estão continuamente se renovando. Diante do risco de vida, a iminência da morte, a diversidade de profissionais atuando juntos, a rotatividade da equipe e dos doentes e o arsenal tecnológico disponível, os sentimentos e emoções relacionados com a vida, com o processo de morrer e morte, são negligenciados.

Imerso neste ambiente projetado com os mais avançados recursos da tecnociência para assegurar a vida do corpo físico-biológico do doente, o próprio corpo do profissional de saúde também está exposto a muitos estímulos geradores de reações e sentimentos. A todos esses estímulos, fiquei exposta enquanto trabalhava como enfermeira-intensivista. Esta vivência condicionou minha trajetória profissional em direção à tanatologia, e para mim a maior dificuldade enfrentada, junto com a equipe, foi lidar com a questão da morte diante de tantos recursos tecnológicos, saberes reais especializados, e de profissionais habilidosos.

Neste ambiente, estabeleci uma convivência diária com a morte, com o avanço tecnológico e com o corpo humano. Constatei, então, pelo conhecimento vivido e não pelo teorizado, como eu e os colegas desenvolvemos atitudes de negação diante da morte. Assim, ao propor ações de reflexão das atitudes terapêuticas na UTI, não encontrei apoio e cooperação. Se a iniciativa coletiva não teve êxito, a individual seguiu seu curso. Entre os pontos para reflexão propostos, detive-me nos seguintes: negamos a morte porque reconhecemos sua presença manifesta no corpo do doente sob nossos cuidados; negamos a morte porque sabemos que a estrutura básica da existência neste plano terreno é frágil, vulnerável, e diante da violência, dos acidentes, das doenças, da velhice, desaparecerá se não houver uma intervenção precisa por parte dos intensivistas; e ainda, negamos a morte por estarmos despreparados para lidar com ela, pois fomos preparados somente para assegurar a vida.

Apenas aparentemente a morte se distancia do nosso horizonte. Ela permanece como uma presença que ainda não veio mas cuja chegada é certa. Este

distanciamento ocorre porque a morte é sempre um inimigo a ser vencido e porque predomina a crença da luta pela vida. Nas UTIs, a ênfase dada à assistência é a preservação da vida como existência no corpo-físico biológico. No entanto, cada paciente que morre sob nossos cuidados e em meio a tantos recursos tecnológicos nos coloca na situação de impotência humana em face da morte do outro e nos remete à nossa própria morte.

Esta significação da morte como fracasso, frustração e impotência, pelo profissional de saúde, acaba por gerar minimização ou repressão dos seus sentimentos diante do outro que está morrendo, seja o doente crítico ou terminal, abrindo caminho para estados depressivos, toxicomanias ou suicídios. Pude identificar o desamparo, a solidão e o abandono das pessoas que estavam morrendo à minha volta e o desespero, a frustração e a dor da perda dos que seguiam vivendo junto comigo: os familiares e os colegas. O confronto com o corpo morto – o cadáver – conectava-me com uma perda significativa – a perda do corpo físico-biológico, a estrutura básica que nos dá existência neste planeta Terra. Segundo observei, do ponto de vista biológico e olhando para o corpo humano como um todo, a morte não é um fato único e instantâneo, mas antes o resultado de uma série de processos e de uma transição gradual.

Todas as experiências vividas na UTI geraram em mim uma inquietação tal que me motivaram a aprofundar os estudos sobre a morte, especialmente a tanatologia. Embora este tema seja muito estudado, é pouco compreendido. O aprofundamento das reflexões vividas na prática do cotidiano como enfermeira-intensivista levou-me à ampliação da minha própria consciência: sobre minha condição humana, ao me colocar impotente diante da morte; sobre a determinação de buscar compreendê-la; sobre a vontade de ajudar as pessoas que estão morrendo e as que cuidam delas – os profissionais de saúde. Esta consciência ampliada induziu-me ao estudo da literatura sobre a tanatologia e aos profissionais de saúde que atuam em unidades especializadas e diariamente convivem com a morte.

Com o amadurecimento profissional a partir das experiências vivenciadas e o aprofundamento dos estudos, elaborei a dissertação de mestrado intitulada **Consciência da terminalidade**: um estudo preliminar. Segundo revelou esse estudo, a doença desperta no indivíduo a consciência da terminalidade, pois

seu corpo mostra a deterioração das células, a insuficiência ou a deficiência do funcionamento de órgãos e, por fim, o comprometimento de todo o sistema orgânico. A presença da morte se evidencia como uma certeza. Mas para Santana (1998), o significado a ela atribuído pelo indivíduo é tão amedrontador que ele pode não admiti-la como uma experiência problemática e volta-se para a doença. O indivíduo nega conhecer o que para ele significa a morte, mesmo quando abordado sobre esta questão. Volta-se para a vida conhecida, que já não pode ser vivida como era antes da doença, em virtude das limitações físicas, da terapêutica instituída e do estigma da enfermidade. Um novo papel se apresenta, o de ser paciente, o cliente, o doente.

Ainda conforme a dissertação revelou, este conflito se evidencia nas modificações das interações familiares, sociais, profissionais, religiosas e, principalmente, consigo mesmo, pois o corpo se modifica em decorrência das manifestações da doença, alterando a imagem que o indivíduo possuía de si mesmo. Além disso, Santana (1998) ressalta que diante da perspectiva da morte, os indivíduos criticam suas verdades sedimentadas, e por não poderem mais viver a vida como antes, abrem fissuras e fendas no “já conhecido”, buscam desesperadamente a cura e procuram estabelecer semelhanças, diferenças, contigüidades, sucessão no tempo, causalidade, que possibilitem “pôr ordem no caos”, com vistas a alcançar novas interpretações da realidade. Esta busca leva-os a intervir no processo de morrer, transformando-o. Abre-se o leque das invenções, das descobertas, das elaborações das perdas vividas com a doença. A consciência da terminalidade permite circular entre a ordem e a desordem, entre a vida e a morte; circular em um mundo de dualidade, onde as informações são basicamente sensoriais, podendo ou não ser elaboradas racionalmente.

Comecei a refletir sobre minhas próprias experiências como profissional de saúde ao cuidar de doentes que estão vivendo o processo de morrer e a morte. Segundo observo, a forma de morrer do paciente sob nosso cuidado parece também trazer a experiência de “sentir-se mal” para o profissional de saúde que não é portador de nenhuma doença diagnosticada. O resultado destas minhas observações põe em movimento minha própria capacidade de pesquisadora de transformar esta experiência em conhecimento, o que permite ao profissional de saúde fazer escolhas capazes de promover mudança de atitudes em face da morte e do processo de

morrer próprio e do outro, a partir dos significados do corpo como consciência, como experiência vivencial.

Com base nesta sensação do profissional de saúde de “sentir-se mal” na experiência humana de morrer e da morte, durante o cuidado do corpo morrendo ou do corpo morto do outro, torna-se imprescindível a compreensão do corpo humano no seu sentido e significado. Neste aspecto, da sensação de “sentir-se mal” emerge o corpo próprio do profissional de saúde na experiência vivencial do cuidado, constituindo uma interpretação e um julgamento sobre as impressões sensíveis produzidas pelo corpo. A noção de significado é sempre significado para alguém, e o significado do corpo morrendo e do corpo morto, para o profissional de saúde, possui um componente subjetivo e outro intersubjetivo no ato individual de perceber esta experiência interior. Portanto, para as impressões sensíveis e as sensações físicas serem organizadas, é necessário serem “apreendidas”, isto é, fundamentadas pela “tomada de consciência” do corpo próprio e do corpo do outro na experiência humana do morrer. Esta tomada de consciência do corpo próprio e do corpo do outro é proporcional à intensidade da dor sentida tanto pelo profissional de saúde nesta experiência como pelo conhecimento adquirido durante o desenvolver de sua história de vida.

Para proceder à reflexão da práxis vivida, foi necessário buscar o verdadeiro conhecimento feito pela ligação contínua entre intuição e razão, entre o vivido e o teorizado, entre o concreto e o abstrato sobre o fenômeno do cuidar/cuidado do corpo próprio que vivencia a experiência humana do processo de morrer e da morte manifestada no corpo próprio do outro que está morrendo ou já está morto. Esta reflexão exige ainda uma visão panorâmica sobre a arte e a ciência de cuidar do corpo vivo e do corpo morto, no decorrer dos tempos; os diversos olhares sobre a morte e o morrer desenvolvidos nas diferentes áreas do conhecimento científico; e, ainda, o surgimento e a evolução da tanatologia. Isso requer uma revisão da literatura existente e possível de ser acessada no período do curso de doutoramento. Tal reflexão é necessária, pois, a meu ver a experiência vivida não se constitui num processo isolado, meramente subjetivo, mas num processo interpretativo e, portanto, intersubjetivo, adquirido na vida cotidiana como profissional de saúde. Trata-se de uma experiência em situação, isto é, determinada por condições pessoais, sociais, econômicas e culturais.

Deixei a Unidade de Terapia Intensiva por não mais comungar de muitas atitudes, crenças e sentimentos ali existentes em relação à morte e ao processo de morrer daqueles doentes. Portanto, pouco poderia fazer para reverter o processo de trabalho desta unidade neste sentido. Já não me permitia estar em um lugar onde, apesar do confronto com a morte e o processo de morrer ser intenso e diário, a possibilidade concreta da morte é negada. Corroboro as idéias de Moura, Mohallem e Faria (2002) quando afirmam que nessas Unidades de Terapia Intensiva a morte não é uma abstração, é um problema real, acontece “a olhos vistos” pelo fato de ali se encontrarem internados pacientes cujos quadros de saúde são mais agravados.

Com este novo olhar sobre a morte como uma presença constante que precisa ser vista, considerada e respeitada, mudei o cenário da minha atuação: de enfermeira-intensivista passei a desempenhar a função de enfermeira-docente. Ingressei, então, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como docente da disciplina Enfermagem Médico-Cirúrgica desta escola, adotando uma postura observadora dos fenômenos relativos ao processo de morrer e à morte, enquanto executava as atividades de dar aulas e acompanhar estágios de estudantes do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem: especialização em enfermagem intensivista. Com esta nova função de ensino-aprendizagem, tive a oportunidade de circular pelos grandes hospitais da rede pública e privada da cidade de Salvador. No cenário da minha existência, a terapia intensiva com seus saberes reais permanece como pano de fundo e exerce forte influência na minha trajetória, agora como enfermeira-docente.

### **2.3 Influência do ensino-aprendizagem**

Durante o acompanhamento desses estágios em que podia estabelecer uma relação terapêutica com o paciente, isto é, podia estar na assistência direta prestando o cuidado, observei: a mudança do ambiente – de uma unidade fechada de tratamento intensivo para unidades abertas: enfermarias e ambulatórios; o perfil do paciente agora sob meus cuidados – de crítico para crônico; e as pessoas que me acompanhavam – os estudantes de graduação de 6º semestre e os

profissionais de saúde. As mudanças foram inúmeras e precisei me adaptar a estes novos estímulos sobre meu corpo e a esta nova realidade.

Entretanto, algo não havia mudado: a atitude dos profissionais de saúde – o médico, o enfermeiro e o assistente social, – diante da morte e do processo de morrer do paciente sob seus cuidados. Permanecia a atitude de negação, de luta pela preservação da vida e a visão da morte como uma inimiga a ser vencida. A atitude de negação era maior ainda, pois, em face de uma parada cardiorrespiratória (PCR) a confusão se instalava em virtude do despreparo da equipe e da desestruturação da unidade: o profissional não sabia o que fazer ou faltava-lhe habilidade com os procedimentos próprios de uma ressuscitação cardiorrespiratória (RCP); faltavam medicamentos e equipamentos apropriados na unidade ou o acesso a estes era difícil; faltava suporte técnico eficiente e eficaz; enfim, ao contrário da UTI onde tudo era feito para distanciar a morte de nós e do paciente, para preservar a vida a qualquer custo, nas enfermarias pouco era feito. Nesta confusão, todos ficavam exaustos e o paciente morria no abandono e em meio ao corre-corre próprio da desorganização das ações diante da PCR – a morte clínica. No entanto, conforme observei, os sentimentos predominantes nos profissionais de saúde, ante a perda do paciente, eram os mesmos: impotência, frustração, revolta.

Depois de tantos anos em uma UTI, era impossível não fazer comparações. Abri, então, um espaço onde os profissionais de saúde viviam os conflitos da “obsessão terapêutica”, isto é, até onde prosseguir utilizando toda a tecnologia disponível, ou quando estava na hora de parar. Um espaço onde a morte era negada, porém esperada e sentida como presença constante que nos obrigava a permanecer em prontidão e vigilantes, para agir na hora da sua chegada. Passei, pois, a trabalhar nas enfermarias, onde, ao contrário do ambiente anterior, a morte nem sequer era admitida como presença e todos procediam como se ela não existisse. Segundo percebi, os profissionais de saúde da enfermaria viviam o conflito da “negligência terapêutica”. Nestes momentos, todos corriam para a UTI no intuito de transferir o doente. Esta, porém, muito limitada, raramente dispunha de vaga. Minhas inquietações e meus questionamentos quanto às atitudes dos profissionais de saúde diante da morte e do processo de morrer só

fizeram aumentar. Pela segunda vez pude relacionar o fenômeno da morte e as atitudes dos profissionais de saúde.

Quanto aos estudantes, eles estavam ali esperando para aprender, inclusive a lidar com a morte. Muitos deles, todavia, se recusavam a acompanhar os pacientes graves. Quando estes se encontravam na fase terminal, aqueles resistiam veementemente sob a alegação de que nada mais podia ser feito uma vez que o diagnóstico da terminalidade já estava firmado pelo médico. Busquei apoio na grade curricular da Universidade Federal da Bahia UFBA, onde me formei e me especializei. Como constatei, continuava a mesma. Lembrei-me, então, de que no curso de graduação em enfermagem eu não havia sido preparada para lidar com situações de morte e o processo de morrer e do que sofri com isso ao ingressar no campo de trabalho da minha profissão.

O perfil do doente presente nas enfermarias propiciou-me o contato com as doenças no aspecto da cronicidade, muitas das quais deixavam seqüelas, ou eram incuráveis e o paciente encontrava-se na fase terminal. Observei que as pessoas viviam seu processo de morrer de forma lenta e gradual, sem utilizar os meios artificiais para a manutenção da vida; nas enfermarias, independente da qualidade da assistência prestada, o ambiente era hostil, frio e solitário, estranho ao contexto de vida cotidiana dos doentes ali internados, os quais morriam lenta e gradualmente. Eles sabiam disto, embora não tivessem consciência desse conhecimento, até que o diagnóstico médico declarasse o fato de a doença ser incurável. Essas observações como enfermeira-docente facilitaram a aproximação do fenômeno da morte em um contexto diferente da UTI, quanto ao perfil do doente e às características do ambiente. Emergi em mim a vontade de ajudar as pessoas que estavam morrendo, mas não sabia como, pois não fui preparada para lidar com a questão da morte e não mais cabiam as medidas heróicas tão bem conhecidas por mim como enfermeira-intensivista. Neste contexto, presenciei, inúmeras vezes, doentes não serem ressuscitados por não terem mais indicação, vagas na UTI serem negadas porque a doença estava na fase terminal, altas serem dadas, por não haver mais nada a fazer no hospital, família e doentes perderem as esperanças e entrarem em desespero e depressão.

A partir da minha práxis, conforme constatei, diante da eminência<sup>3</sup> da morte na enfermaria e da iminência<sup>4</sup> da morte da UTI, qualquer que seja o contexto, quando a doença atingia um estágio fora do alcance de cura da medicina atual e nada mais podia ser feito, exceto o conforto e o cuidado, os profissionais de saúde apresentavam atitudes semelhantes: continuavam a negar o processo de morrer, camuflando a morte com eufemismo, abandonavam o caso clínico ou atribuíam-lhe pouca importância, uniam-se na conspiração do silêncio, enquanto as famílias sentiam-se desestruturadas ante a perda do seu parente.

Todos esses aspectos evidenciavam o despreparo dos profissionais de saúde no confronto com as situações relacionadas à morte e ao processo de morrer ou com as tentativas de se afastar destas. São muitas as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde, inclusive eu, os doentes e seus familiares para conviver com este fenômeno que faz parte da vida e elimina a estrutura básica da existência – o corpo psicofísico.

Minha inquietação em cuidar do corpo próprio do outro que está morrendo, especialmente sob o aspecto do corpo psicofísico, estrutura orgânica à qual se atribui o sentido e o significado da nossa existência como humanos, permanece ainda hoje e é esta inquietação que me impulsiona e motiva a continuar a investigar, mais profundamente, sobre o sentido do corpo próprio do profissional de saúde ao cuidar do outro que está morrendo.

Esta forma de olhar o profissional de saúde da perspectiva do seu corpo próprio, no contexto hospitalar, perpassa pela minha percepção como enfermeira-docente de tentar construir uma estratégia de ação educativa e terapêutica para o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde no cuidado humanizado com o doente morrendo. Implantei, no ano de 1995, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, o Núcleo de Renascimento Elisabeth Kübler-Ross (NUREKR), com a finalidade de desenvolver o modelo assistencial de hospice, segundo proposto pela dra. Elisabeth Kübler-Ross. Na época, este foi o referencial teórico por mim adotado, que, associado à fenomenologia, deu sustentação a nossas

---

<sup>3</sup> Eminente – é comum a utilização deste termo que significa alto, elevado, que excede os outros, excelente, sublime, como o contrário de iminente.



estratégias de ação, como uma consequência dos estudos realizados por mim para a construção da dissertação de mestrado.

Como coordenadora desse núcleo e conforme pude observar na prática, este modelo hospice oferece a possibilidade de assegurar um atendimento humanizado às pessoas que estão morrendo, despertando uma mudança de atitude em relação à morte /morrer, por meio de uma assistência multidisciplinar em âmbito predominantemente domiciliar. Configura uma opção de mudança das atitudes dos profissionais de saúde ante os cuidados com aquele que está morrendo e sua família.

Reunida para atuar no NUREKR, em um projeto piloto, durante três anos a equipe multidisciplinar trabalhou com vistas às seguintes metas conquistadas: prestação de serviço de assistência domiciliária ao paciente terminal e à família mediante práticas e processos de caráter assistencial e preventivo, realizada pela equipe multidisciplinar, coordenada por mim, incluindo os estudantes de graduação de enfermagem; promoção de cursos de extensão em tanatologia, em regime complementar à educação formal de profissionais, professores, estudantes e voluntários; ampliação do campo de pesquisa com atividades de experimentação e exploração, dentro dos métodos qualitativos, para a produção de conhecimentos novos, em caráter científico, bem como orientação de monografias; e desenvolvimento de atividades administrativas para a manutenção e continuidade do NUREKR, garantindo a credibilidade e confiabilidade perante a comunidade a que serve. Após este período, foi encerrado o projeto piloto que incluía a assistência domiciliária. O NUREKR, porém, manteve suas atividades e passou a funcionar na Escola de Enfermagem da UFBA, desenvolvendo as ações educativas e de pesquisa.

Toda essa rede, construída com os saberes mágico-religiosos como criança e adolescente; com os saberes “reais” como profissional de saúde; e com os saberes educacionais como enfermeira-docente, desvela as conexões ocultas de uma visão sistêmica e fenomenológica da morte e do morrer, o que implica uma mudança na significação da morte, principalmente para os profissionais de saúde. Em reforço a essa idéia, como ressalta Capra (1982, p. 138),

---

<sup>4</sup> Iminente – que ameaça acontecer em breve; que está sobranceiro; que está em via de efetivação imediata; impendente.

Os profissionais de saúde deixaram hoje de ser treinados para lidar com pacientes agonizantes e acham extremamente difícil lidar com o fenômeno da morte. Eles tendem a ver a morte como um fracasso [...] parecem significativamente mais temerosos da morte do que as outras pessoas, doentes ou saudáveis.

Na minha opinião, uma atitude de dignidade e plenitude, diante desta experiência ímpar da nossa existência, depende do autoconhecimento das potencialidades inerentes à nossa condição de humanos no enfrentamento dos fenômenos manifestados no ambiente exterior e interior do corpo próprio, fonte de origem de todos os sentidos e significados por nós atribuídos a tudo que existe em nós mesmos e no mundo que nos é dado ao nascer. Encontrar o caminho capaz de favorecer ao profissional de saúde adotar esta atitude é a essência da minha existência como pesquisadora.

Nessa perspectiva, busquei fazer o levantamento dos estudos existentes sobre o corpo do profissional de saúde. Um dos primeiros trabalhos a me chamar a atenção foi a tese da enfermeira Polak (1996) sobre a compreensão dos significados do corpo, no contexto da enfermagem, inspirada no pensamento de Merleau-Ponty. Ela utilizou as experiências vividas no cotidiano do seu trabalho no mundo-instituição onde está inserida. Estudou o sentido e o significado do corpo da enfermeira, incluindo o próprio, na ação de cuidar da saúde do indivíduo hospitalizado. Para esta autora (1996, p. IX),

Perceber o espaço do corpo implica entrar no universo do ser que se mostra; compreender o constructo corporeidade implica habitá-lo, percebê-lo nas suas várias perspectivas [...] corporeidade é vista como modo de ser do homem, é a essência expressa pelo corpo visto-vidente, sentido e que sente, que toca e é tocado no processo da coexistência. Corporeidade é mais que a materialidade do corpo; é o contido em toda a dimensão humana; é o resgate do corpo, o deixar fluir; é viver, escutar, existir, é a história de cada corpo vivente.

Admiro a ousadia dessa autora em falar das suas experiências vividas como pessoa e como profissional, como sujeito de relações. Polak (1996, p. 28) salienta que a “existência se dá no processo de coexistência. Utilizando os discursos de filósofos, de antropólogos e historiadores, a autora, a partir do seu corpo próprio, que ela chama de corpo vivente, destaca a concepção de corpo vigente no âmbito da saúde e afirma que esta concepção:

Reitera a dicotomia corpo-mente ou corpo-alma, leva ao agir norteado apenas pela ciência e pela tecnologia; não valoriza o corpo nem os profissionais de saúde, enquanto corpos viventes, com sua história, com os seus direitos de participação e de escolha; não considera o humano nas suas relações, com o outro, com o mundo e consigo próprio (POLAK, 1996, p. 6).

Nas situações de enfermagem ela descreveu como percebe o corpo (corpo vivente) existindo no mundo que lhe é dado: o hospital. Para isso utiliza algumas das categorias indicadas por Santin (1990), que caracterizam a corporeidade: o corpo ritualizado, o corpo mecanizado, o corpo sexuado.

Na interpretação de Polak (1996, p. 67), o corpo ritualizado aparece no corpo cuidado – o doente, e no corpo do cuidador – a enfermeira. O ritual de cuidado se expressa mediante esses corpos por meio de gestos e ações, onde podemos observar o que é feito, e como é feito, e é condicionado pelos valores de cada época e de cada lugar. Descreve o ritual de cuidado durante o procedimento da enfermeira realizar um curativo de uma lesão e cita vários outros ritos de cuidado executado pela enfermeira.

O corpo mecanizado é o objeto das práticas de cuidado, objeto de observação e mensuração, jamais visto como experiência subjetiva, como problema existencial. A autora assim interpretou o corpo a partir do registro feito por um profissional de saúde sobre um cliente que se encontrava, há oito horas, em pós-operatório de cirurgia de emergência. Segundo Polak (1996, p. 76), o “corpo mecanizado é corpo instrumento, que serve a outros sem se servir, com lamentável desinteresse pelo humano”. Chama a atenção, também, para o corpo mecanizado da enfermeira quando desenvolve suas práticas de cuidado. Como afirma a autora, “é, muitas vezes, considerado como instrumento no processo de trabalho, cumprem e fazem cumprir normas que conflitam, não raro, com suas crenças; cumprem jornadas duplas ou triplas de trabalho, em função dos baixos salários” .

O corpo sexuado para Polak (1996, p.81) aparece na enfermagem relacionado à questão do gênero, pois esta, além de biológica, é construída no contexto sociocultural. A autora interpretou o corpo sexuado a partir da tendência observada de predominar o gênero masculino na designação do profissional apesar de o maior contingente ser feminino. Esta tendência “nega ou neutraliza, de certa

forma, o gênero feminino; traz distorção nas comunicações e, nas posturas, que tendem a privilegiar um gênero em detrimento do outro” .

Após estas reflexões, Polak (1996, p. 98) destaca:

O processo vivido nas situações de enfermagem é encontro de vidas; encontro cultural, quando os valores, às vezes, conflitam; o respeito e a garantia do espaço de cada um são permanentes, cada qual deve ver o outro na sua peculiaridade; quando a percepção e o olhar tornam visível o que era invisível, permitem o descobrir e o redescobrir constante.

A enfermagem concebida como “encontro de vida” está voltada para o autodesenvolvimento e para o heterodesenvolvimento mediante o desenvolvimento da consciência perceptiva da sua realidade. Segundo esta autora (1996, p.99-100),

É necessário saber quem sou e conhecer o outro, para ajudá-lo na sua reconstituição das suas forças, na construção e reconstrução e na elaboração de estratégias que assegurem os seu direitos à saúde, uma vez que saúde e educação constituem direito essencial da cidadania e não meros instrumentos utilizados por alguns, com finalidades diversas e pouco claras. A enfermagem, como corporeidade, permite à enfermeira agir conforme as exigências do outro e as exigências do momento, respeitar os seus limites e fazer uso da linguagem verbal ou não verbal; a enfermeira, nessa concepção, é presença que protege, nutre, aconchega e compartilha.

Este estudo de Polak possibilitou nova percepção de enfermagem e de cuidar. Ainda conforme a autora (1996, p. IX), “o cliente e a enfermeira, enquanto corporeidades, são percebidos na união do ser e da ação, no compartilhar do saber e no expressar de valores e afetividades”. O processo hermenêutico mostra o agir do enfermeiro como corporeidade; no seu atuar assistemático, interativo, comprometido com o mundo e com o outro, considerando os aspectos políticos, filosóficos e educativos na construção do conhecimento, cerne do cuidado

Na minha opinião, este estudo é pioneiro como proposta de reorganização e inserção de novos significados ao fazer e ao saber da enfermagem. Devemos introduzir, nas nossas práticas, tanto nas assistenciais quanto nas de ensino, o pensamento contemporâneo de Merleau-Ponty, da sua visão de mundo, de homem e das relações deste com o mundo e com o outro pelos sentidos e significados do corpo. Senti satisfação com o estudo realizado pela enfermeira Polak e nele me fundamentei ao desenvolver esta tese. Tais idéias lembraram-me Winnicott (1996, p. 135): “Existem dois caminhos para a verdade: o poético e o

científico sendo que o poeta alcança a verdade num lampejo”. Polak soube reunir em um só golpe a ciência e a poesia.

Ao prosseguir seus estudos com vistas à obtenção do grau de Professor Titular na Universidade Federal do Paraná, em 1997, Polak elaborou o estudo intitulado **Socialidade da doença**: multidões de corpos e corporeidades. Na busca de respostas para suas inquietações referentes ao cuidar de enfermagem do adulto hospitalizado, esta enfermeira-pesquisadora ouviu oito adultos com problemas cirúrgicos, dos quais seis com problemas ortopédicos e dois com necessidade de suporte nutricional parenteral, hospitalizados em duas unidades cirúrgicas de um hospital de ensino de Curitiba. Tinha como objetivo “compreender em que o ser hospitalizado necessita de cuidados de enfermagem, e como o corpo adulto enfermo vivencia as suas relações com o corpo cuidador” (POLAK, 1997, p. IX). Segundo a análise interpretativa e compreensiva realizada pela autora a partir dos depoimentos obtidos revelou,

O ser hospitalizado vive a temporalidade, a circularidade do tempo; o transitar é difícil na fronteira do espaço público e privado, quando o agir mecânico, impessoal, o diálogo hermenêutico, a solidão, a tristeza, o medo, a distância e a frieza transformam esse momento numa “via crucis”, dimensão de dor e sofrimento.

Em face destes resultados, a autora recomenda se inserir nos currículos dos cursos de saúde conteúdos voltados para o sensível, para o estético e ousar construir pedagogias que permitam o vivenciar de novas práticas educativas e de cuidado de forma que assegurem o coexistir harmônico da sensibilidade e da racionalidade e a presença da enfermagem como corporeidade.

Esse marco conceitual construído por Polak na enfermagem, a partir do sentido e significado do corpo levantando a questão do sensível, da corporeidade, inspirou outros trabalhos com esta abordagem tendo o pensamento do filósofo Merleau-Ponty como referencial teórico-filosófico.

Os trabalhos pioneiros e inovadores da enfermeira-pesquisadora Polak (1996, 1997) deram seus frutos em 1998, ao serem utilizados como referencial teórico-metodológico para a construção da dissertação de mestrado de Labronice (1998) intitulada **A corporeidade propiciando o coexistir da racionalidade e da sensibilidade nas práticas de cuidar**. Conforme a autora (idem, ibidem, p. VI), o

objetivo deste estudo, caracterizado como relato de vivência de iluminação fenomenológica, foi “operacionalizar os conceitos de enfermagem e de cuidar de Polak (1996), que tem a corporeidade como marco”. Labronice (1998) cuidou de quatro pacientes com problemas ortopédicos. No relato da vivência ela refere-se a esses pacientes como o Príncipe das Marés, o Príncipe da Terra, o Príncipe Órfão e o Príncipe Artista. Ao cuidar dos corpos destes pacientes, a autora utilizou os momentos do processo de cuidar propostos por Polak (1996), quais sejam: a percepção, a descoberta, o diálogo, a construção do novo conhecimento e a implantação das ações de cuidar. Neste caminho, como afirma a autora (1998, p. VI),

Pude perceber-me e perceber o outro nas situações de enfermagem; os conceitos de Polak são aplicáveis na prática, permitindo ao corpo cuidador a expansão de suas potencialidades, mediante um exercício contínuo de deixar de ser um “em si” para transformar-se em um “nós”, estabelecendo, assim, uma relação de intercorporeidade, na qual o corpo cuidado se torna sujeito do processo de cuidar, processo este que tem o respeito como fio condutor.

Outro trabalho cujo objeto de estudo é o corpo foi desenvolvido pela enfermeira Silva (2000) utilizando o pensamento de Maurice Merleau-Ponty. Intitulado **A percepção do corpo do cliente pela enfermeira**: uma abordagem fenomenológica, originou-se da experiência vivenciada pela autora “enquanto sujeito encarnado num corpo que percebe e é percebido. O objetivo do estudo, por sua vez, foi compreender a percepção do corpo do cliente pela enfermeira”. Deste estudo, Silva chegou à apreensão do significado do corpo que se espacializa no mundo próprio; mostra-se como fuga do presente, instaurando o tempo próprio, e possui a dimensão da ambigüidade.

Antes mesmo do marco conceitual do sentido e significado do corpo levantando a questão do sensível, da corporeidade, construído na enfermagem por Polak, outros trabalhos com esta abordagem, apesar de usarem outro referencial teórico-filosófico, já haviam sido realizados, a exemplo do estudo da enfermeira Figueiredo (1994), que utilizou o enfoque das representações sociais numa abordagem qualitativa, adotando como referencial teórico-metodológico Serge Moscovici e Denise Jodelet. Também este estudo chamou-me a atenção, pois seu conteúdo trata das representações das enfermeiras sobre seus próprios corpos e sobre como estas se veiculam nos campos da prática de enfermagem ao executar os cuidados para e com os clientes. Discute, também, como as enfermeiras utilizam

os sentidos para cuidar e como se disponibilizam espiritualmente para tocar o outro, sentir odores e humores, mantendo-se em constante contato com o cliente.

Na ótica deste estudo, o corpo da enfermeira é um instrumento do cuidado, pois como propõe Figueiredo (1999, p. 16),

as ações ou cuidados prestados só podem acontecer, porque existe um corpo, é o corpo que domina o cuidado – desde as ações mais objetivas até as subjetivas. Tudo entra em ação no corpo, quando uma enfermeira está cuidando – movimentos corporais e psicodinâmicos.

A abordagem do corpo como instrumento do cuidado me faz lembrar o corpo mecanizado apresentado por Polak (1996). Entretanto, enquanto Polak faz uma interpretação dirigindo o olhar para a exterioridade, isto é, o mundo-instituição que é dado – o hospital, Figueiredo (1999, p. 13) e ressalta:

Um instrumento de ação (ou de trabalho), quando se trata de pessoa, envolve mais do que sua capacidade e criatividade artesanal, ou seja, a capacidade de começar algo novo e aí mesmo mostrar sua identidade. Isso quer dizer que o instrumento de trabalho (o corpo) não se define em termos artificiais e impessoais, pelo contrário, o trabalho que o corpo da enfermeira exerce é vital, não tem fronteiras nem limitações sociais, culturais, temporais ou étnicas. Ele transcende ao “mero ato de fazer alguma coisa ou procedimento”, para atender a outra pessoa para abarcar a própria enfermeira no ato de cuidar.

Esta autora volta-se para a interioridade deste corpo da enfermeira ao qual Merleau-Ponty refere-se como o corpo próprio. O corpo da enfermeira como instrumento do cuidado como é apresentado em Figueiredo (1999), soa-me como a corporeidade de Polak (1996, p. 110), assim descrita por esta autora,

Para mim, corporeidade é mais que a materialidade do corpo, mais que o somatório das suas partes; é o contido em todas as dimensões humanas; não é algo objetivo, pronto e acabado, mas tramitação contínua de redefinições, porquanto é resgate do corpo: é deixar fluir, falar, viver escutar, permitir ao corpo ser o ator principal, vê-lo na sua dimensão realmente humana. Corporeidade é o existir, é a minha, a sua, a nossa história.

Ao contar sua história, Figueiredo me faz lembrar minha própria história como enfermeira-intensivista ao cuidar de muitos pacientes entubados, em coma, tetraplégicos, com os quais a comunicação verbal não é possível e só nos resta a comunicação corpo a corpo. Diante da experiência de cuidar durante quatorze dias de um amigo especial, tetraplégico, vítima de acidente cerebral que lhe tirou a capacidade de movimentar-se e de comunicar-se verbalmente, Figueiredo (1999) foi

forçada a desenvolver uma comunicação utilizando o corpo próprio e o corpo do outro na prestação dos cuidados. Assim ela relata no seu livro (1999, prefácio):

O meu corpo ativo, diante de seu corpo inativo era o meu instrumento de cuidar, quando tentava interagir diante do imenso silêncio que nos envolvia e ao mesmo tempo nos separava. Esta terrível experiência vem confirmar que o corpo da enfermeira é seu instrumento do cuidado e que necessita estar em permanente estado de espírito para tocar e interagir com o outro. Um cliente como Willian, que depende totalmente da enfermagem, só teve e terá respostas se a presença da enfermeira for constante – tocar-lhe para afagar, tocar-lhe para fazer sua higiene, tocar-lhe para mantê-lo vivo. Hoje, acredito que a maior parte da sua recuperação é decorrente de nossos corpos presentes, para trocar energia, para suportar o seu momento de angústia e de agressividade. Para suportar o seu desejo de viver e morrer.

A vivência desta relação corporal é comum entre os profissionais de saúde, especialmente a enfermeira, responsável direta em ministrar os cuidados ao corpo. Para Polak (1996, p. 76-77), a enfermeira “é o cuidador do corpo por ofício, ou seja, aquele que cuida do corpo por inerência do ofício”. Paradoxalmente, relega o seu próprio corpo, em função do corpo do outro, relação na qual o objeto quer criar o sujeito: o não corpo cuida do corpo. Assim se instaura o conflito no sujeito cuidador, por negar-se no seu corpo e dar vida ao corpo do cliente. Rasgo de abnegação ou respostas de lutas para a transformação é o que lhe resta, ou conformar-se com a visão do corpo mecanizado, ainda assim, por certo, encontraremos enfermeiras que se têm saído bem no atual processo de trabalho em saúde.

Segundo revelam enfermeiras como Figueiredo e as que participaram do seu estudo, a visão do corpo mecanizado pode ser transformada, como mostram as respostas encontradas em seu estudo sobre a representação dessas enfermeiras sobre seu corpo como instrumento de cuidado. No atual contexto de saúde, conforme as interpretações de Figueiredo ao introduzir as categorias nas quais reuniu as representações das enfermeiras sobre o corpo próprio ao cuidar de outro: no corpo holístico os elementos representativos relacionados ao homem/mulher e ao corpo físico-biológico; no corpo ecológico, os elementos representativos relacionados à natureza; e no corpo (de) negado, os elementos representativos relacionados ao mundo físico e figuras geométricas.

Após a interpretação dessas categorias, a autora (1999, p. 154) arriscou-se a propor conceituação sobre o corpo da enfermeira como instrumento de



trabalho: “O corpo da enfermeira é instrumento de cuidado. É presença, que está inteira na ação de cuidar e que tem um estado de espírito em permanente disponibilidade para interagir com outros e de tocar nos outros”. Ela própria reconhece a incompletude desta conceituação em virtude das dificuldades de estudar o tema, pois o corpo é ainda um assunto desconhecido para muitos e, de modo especial, para a enfermagem. Conforme ressalta, esta conceituação é apenas o resultado de suas reflexões sobre as representações das enfermeiras.

A pesquisa de Teixeira (1998), também enfermeira, desenvolveu o estudo intitulado **O desejo e a necessidade no cuidado com o corpo**: uma perspectiva estética na prática de enfermagem. Como referenciais teóricos, utilizou a esquizoanálise, de Deleuze e Guattari, a psicanálise freudiana e a sociologia sensível, de Maffesoli. Os núcleos de análise foram as pluralidades das representações sobre o cuidado com o corpo; as máquinas produtoras de subjetividade; o cotidiano da prática de educação em saúde; o desejo. Após a análise, os resultados alcançados com este estudo facultaram à autora as seguintes afirmações:

A dimensão subjetiva permite falar da sensibilidade, do lúdico, da importância de estar junto e de Eros e Thanatos, no cuidado com o corpo. As enfermeiras têm consciência da importância de se lidar com o desejo, a sensibilidade e a estética. É possível a convivência do estético e do funcional na prática da enfermagem. Um saber capaz de trabalhar com o sujeito desejante à medida que se relativiza a abordagem das ciências naturais. E abre um território para a expressão da subjetividade no cuidado com o corpo.

Outra pesquisa, de autoria de Ferreira (1999), também teve como objeto de estudo o corpo. Desenvolvida com base no referencial teórico da representação social, apoiada em Serge Moscovici e Denise Jodelet, intitulou-se **O corpo no cuidado de enfermagem**: representações de clientes hospitalizados. As representações dos sujeitos foram organizadas no tempo passado, presente e futuro. Para isso a autora partiu dos parâmetros de saúde e de doença, originando três grandes categorias: o corpo que era; o corpo que é/está, e o corpo que pode vir a ser: o corpo-devir. Segundo Ferreira, essas categorias indicam a dinâmica da transformação da representação do corpo.

### 3 PERSPECTIVA TEÓRICA: FENOMENOLOGIA EXISTENCIAL

*Sento-me no negrume da noite da Lua Nova com meus  
cães na encruzilhada para onde convergem três caminhos,  
o lugar da escolha. Todos os caminhos levam à  
encruzilhada e todos são desejáveis, mas apenas um  
posso escolher. A escolha cria finais e todo início vem de  
um final na encruzilhada. Embora a escolha seja minha, eis  
aqui um segredo, que partilho com você: o caminho a  
escolher é adentrar o vazio, deixar morrer, é voar livre.*

*Amy Sophia Marashins*

#### 3.1 Fenomenologia: movimento, filosofia, método para re-aprender a ver o mundo, voltando às coisas mesmas

Início esse capítulo chamando a atenção sobre o método científico, descrito por Turato (2003, p. 149) como: “o modo pelo qual os estudiosos constroem seus conhecimentos no campo da ciência [...] Etimologicamente é um caminho através do qual se procura chegar a algo ou um modo de fazer”. Embora seja basicamente único para todos os saberes, pois sempre está relacionado à filosofia, historicamente apresenta divisões segundo os pesquisadores que a conceberam e a descreveram. Portanto, é vasta a literatura apresentando o método científico distinguido e demarcado “em seu interior em métodos particularizados, como os dedutivos e indutivos, ou quantitativos e qualitativos, sintético ou analítico, ou ainda outros”. Existem para Petrelli (2001, p.81), tantos tipos quantas são as significativas correntes de pensadores e pesquisadores que partem em busca da origem do conhecimento, mas a “busca de uma resposta mais completa para a origem do conhecimento é que tem permitido ao homem aprofundar-se na compreensão do mundo”.

Nesse sentido, durante a história da humanidade, as metodologias do conhecimento têm dado importância a dois métodos de forma alternada, denominados de subjetivistas (qualitativos) ou objetivistas (quantitativos), de acordo

com o aspecto privilegiado. No confronto entre essas duas polaridades científicas, a discussão sobre a cientificidade de cada uma é muito acirrada. No entanto, como afirma Turato (2003, p. 159) “pode ser um falso dilema, pois o pano de fundo do debate, isto é, o que verdadeiramente mais importaria, nos é dado sobre as cosmovisões fornecidas pelos percursos historicamente construídos – antagônicos – para as ciências naturais e para as ciências humanas”. Para a compreensão da metodologia e do método adotado nesta pesquisa, é essencial o conhecimento do percurso historicamente construído, tanto para as ciências naturais como para as ciências humanas, no relacionado ao sujeito conhecedor e ao objeto a ser conhecido, elementos sem os quais o conhecimento não pode existir.

Em virtude do método científico proposto por René Descartes, as ciências naturais se transformaram em um marco na filosofia moderna. Seu destaque no mundo da filosofia e da ciência ocorreu e ocorre ainda hoje, conforme Turato (2003, p.150), “por conta da tentativa de conectar a filosofia clássica com o método científico que nascia na época, pois as ciências experimentais tinham então seus primeiros momentos e deviam dessa forma estabelecer regras precisas”. Esse método ficou conhecido como cartesianismo e traduz uma atitude na certeza, na razão exigida como norteadora, tão reconhecida nos meios acadêmico e científico com a máxima: “penso logo existo”, formulada pelo filósofo Descartes. É um método que pode ser entendido como a concepção filosófica “da valorização do conceito da razão humana sobreposta a outros elementos humanos, levando ao entendimento do uso do método científico como garantia da obtenção da verdade, com ênfase na análise lógica e na sua interpretação mecanicista”.

Mais adiante esse autor expõe resumidamente os preceitos codificados por Galileu Galilei (1564-1642), físico e astrônomo italiano, trinta anos mais novo que Descartes, nascido em Pisa, que conferiu à ciência autonomia ao distingui-la da filosofia e da religião. A ciência ficava, a partir de então, com seu objeto, objetivo e método específico para as coisas da natureza, enquanto a filosofia deveria tratar das questões ontológicas, e a religião manteria como seu objeto as ditas verdades religiosas. Ficou registrado na história como “a revolução copernicana”. Como ressalta Turuto (2003, p. 175), Galileu cumpriu “o seu papel de fazer um corte epistemológico em relação aos modos pouco matemáticos de se buscar o conhecimento natural, tornando a visão científica mais restritiva”, justificando-se assim, nos dias de hoje, a

atração de muitos pesquisadores pela ciência, na busca do conhecimento amplo, atualizado, não só das coisas da natureza, mas também dos fenômenos ligados ao homem. Na opinião de Turato (2003, p. 151-176), esses preceitos

Corresponderiam, em suma, aos quatro momentos de uma atitude filosófica para o homem que quisesse possuir a natureza: a certeza ou a evidência, a análise, a síntese e a enumeração [...] quanto ao método de trabalho [...] a instrumentação científica passa a contar com os seguintes importantes princípios: observação, experimentação, indução”.

Atualmente, profundas críticas recaem sobre o pensamento cartesiano. **O erro de Descartes** é amplamente divulgado e até utilizado como título do livro do neurocirurgião Damásio (1996). Em suas críticas Mondin (1985) é categórico, enfatizando a arrogância desse pensamento, por trazer a “supervalorização do racional, a idolatria pela razão, matematizante, elevada à medida de todas as coisas”. Em corroboração a Mondin (1985) e a outros incontáveis críticos sobre o erro de Descartes, Bachelard (1984, p.161) afirma que “nada mais anticartesiano do que a lenta modificação espiritual que impõe as aproximações sucessivas da experiência, sobretudo quando as aproximações mais acentuadas revelam riquezas orgânicas desconhecidas pela informação primeira”. Para esse autor, a razão não se apresenta primariamente constituída; pelo contrário, é constituída pela ciência em evolução: “a razão deve obedecer à ciência, sem supervalorizar experiências imediatas e sim colocando-se a si própria com as experiências que foram estruturadas”(p.87).

Toda a primazia, no entanto, para Turato (2003, p.169), recai nas ciências naturais que reúnem metodologias e métodos fundamentados nos paradigmas objetivistas (quantitativos). Isso ocorre porque “a ciência oficial, pretensamente (e falsamente) objetiva, ao anular o sujeito psicológico e social pensante sem seu discurso sobre os objetos em estudo, mantém sua vocação de não incomodar o ‘status quo’ vigente da sociedade”. A atual ciência possui cerca de cinco séculos.

Somente ao final do século XIX e início do século XX começaram a se delinear formas de pensar segundo as quais o homem é sujeito de si mesmo (psicanálise) e da história (marxismo), fazendo surgir as ciências humanas denominadas de subjetivistas (qualitativas), o oposto das ciências modernas – as naturais. Para Barguil e Leite (1997), existiam nesse período três principais vertentes

a dominar o pensamento filosófico-científico: o positivismo, o psicologismo, por meio de suas vertentes (empirismo inglês e empiriocriticismo alemão); e o racionalismo de Aristóteles e Descartes. A história dos métodos qualitativos começava a se desenvolver. Segundo Chauí (1995, p. 160), estes devem ser chamados de compreensivo-interpretativos, pois “seus objetos são as significações ou os sentidos dos comportamentos, das práticas e das instituições realizadas ou produzidas pelos seres humanos”. Portanto, para Chauí (1995, p. 159), historicamente, cada campo de conhecimento passou a ter seu método próprio determinado por três critérios: “pela natureza do objeto; pela forma como o sujeito do conhecimento pode aproximar-se desse objeto; pelo conceito de verdade que cada esfera do conhecimento define para si própria”.

Como observa Triviños (1992, p. 125) ao comentar os obstáculos para caracterizar a pesquisa qualitativa, em virtude de serem cada vez mais amplos os âmbitos teóricos e práticos, de modo geral, pode-se dizer que o início da pesquisa qualitativa foi dominado pelo funcionalismo e o estrutural-funcionalismo. Neste enfoque com raízes positivistas, ainda existia o esforço de buscar leis validamente generalizadas para os fenômenos sociais estudados. Na opinião de Turato (2003, p.179), “os estudos dos fatos humanos surgiram num período em que prevalecia uma forte concepção empirista e determinista da ciência, o que levou os cientistas a buscarem leis causais necessárias e universais também para os fenômenos humanos”. Isso provocou o surgimento da sociologia matemática ou positivista, da psicologia positivista ou comportamental.

Com a fenomenologia husserliana, os métodos compreensivo-interpretativos ganharam consistência ao estudar os significados da experiência humana, constituindo-se como uma filosofia e um método para reaprender a ver o mundo, voltando às coisas mesmas. Atualmente é reconhecida como a principal base filosófica para as metodologias qualitativas, principalmente a partir dos anos 70, quando surgiu a pesquisa qualitativa de natureza fenomenológica, como forte reação ao enfoque positivista nas ciências sociais. Suas bases teóricas são do tipo idealista, pois privilegiam a consciência do sujeito e entendem a realidade social como uma construção humana, não se preocupando com a busca de explicação para os fenômenos em suas raízes históricas. Este aspecto, salienta Triviños (1992, p.125), envolve o enfoque histórico estrutural, que em face do contexto do

fenômeno social enfatiza a prática e o propósito transformador do conhecimento que se adquire da realidade, no intuito de desvendar seus aspectos essenciais e acidentais.

Vários são os métodos qualitativos de natureza fenomenológica. Turato (2003, p. 220) apresenta alguns, tais como: materialismo histórico de Marx (1884); historicismo de Dilthey (1883); perspectivismo de Nietzsche (1886); psicanálise de Freud (1896); fenomenologia de Husserl (1900); estruturalismo de Saussure (1916); antropologia de Malinowski (1922); sociologia do conhecimento de Mannheim (1929), e outros.

Entre esses escolhi a fenomenologia como fundamento teórico-metodológico, pois na pesquisa fenomenológica, como lembram Martins e Bicudo (1983), não há problema a ser pesquisado. O pesquisador tem suas dúvidas sobre alguma coisa e, nesse caso, ele interroga. Quando pergunta, obtém uma resposta. Quando interroga, terá uma trajetória, estará caminhando em direção ao fenômeno, àquilo que se manifesta por si, por meio do sujeito que experiencia a situação. Quando o pesquisador interroga, tal interrogação não decorre da teoria, mas de uma região de inquérito. Quando um físico estuda a criatividade como fenômeno, perdem-se os limites da matemática, da física e da psicologia. Quando o pesquisador está preocupado com os sujeitos situados, encaminha-se para o seu mundo-vida que nada tem a ver com atributos qualitativos. A pesquisa fenomenológica possui o interesse na experiência desses sujeitos e tenta analisar este mundo-vida em termos da experiência vivida.

De acordo com Mora (1996, p. 289-291), a fenomenologia se divide no sentido pré-husserliano, husserliano e pós-husserliano. No sentido pré-husserliano, a palavra fenomenologia foi usada pela primeira vez em 1764, pelo francês J.H.Lambert, em sua obra **Neues organon**, para estabelecer distinção entre verdade e aparência. Segundo esse pensador, fenomenologia designa a “teoria da aparência” o fundamento de todo saber empírico. Outro teórico a utilizar esse termo é Kant, em sua obra **Os princípios metafísicos da ciência natural**, em referência a uma *fenomenologia generalis*, que deveria preceder a metafísica e traçar uma linha divisória entre o mundo sensível e o inteligível, a fim de evitar transposições ilegítimas de um para outro. Ao assinalar a distinção entre a psicologia e a lógica,

apresenta a psicologia como descrição pura da aparência psíquica e utiliza o termo fenomenologia com o significado de psicognosia ou exame das “idéias” tal como de fato surgem e desaparecem nos processos mentais.

O significado do termo fenomenologia alcança maior amplitude com Hegel, em 1807, ao descrever na sua obra **Fenomenologia do espírito** uma ciência que mostra a sucessão das diferentes formas ou fenômenos da consciência até chegar ao saber absoluto. Com esta obra ele introduz, no sistema total da ciência, a fenomenologia como método e filosofia, apresentando-a como *o devir da ciência em geral* ou *do saber*. Mora (1996, p. 289-291) afirma que esse filósofo iniciou o movimento do espírito no mundo da ciência.

Enquanto esses filósofos, em especial, marcaram a época da fenomenologia antes de Husserl, para Capalbo (1996, p. 36), este a apresentou como “ciência que nos conduzirá ao espírito absoluto, descrevendo as experiências que a consciência faz para alcançar este saber absoluto”. Assim, o termo adquiriu lugar central e o sentido conhecido até hoje. Desta forma Husserl marcou uma era na filosofia e na ciência.

Atualmente, ao ser utilizado o termo fenomenologia, a tendência é entendê-la, principalmente, no sentido husserliano. Por isso, para Kelkel e Schérer (1954), é importante destacar Husserl inserido na história, sobretudo no verdadeiro movimento onde figuram vários representantes do pensamento fenomenológico, testemunho incontestável da significação histórica de uma filosofia que apenas acabara de ser formulada, formando círculos fenomenológicos desde 1903, a princípio em Munique e depois em Goettingue. Segundo esses autores (p.13), o movimento fenomenológico surge “de uma juventude saturada de especulações, ela propunha o retorno ‘às coisas’; ela parecia, contra o idealismo e as suas construções, restaurar uma filosofia da essência e do objeto”. Indubitavelmente, esses círculos constituem uma época de renovação, de esforço e de inquietações. Inúmeras fases se desenvolveram dentro e fora desse movimento, e dentro dele, o pensamento de Husserl ocupou um lugar central. Para Mora (1996, p. 290), são duas as fases mais marcantes na história do movimento: a fase alemã e a fase francesa. Como afirma, devido a

variedade de tendências que se manifestaram no âmbito da fenomenologia, inclusive a husserliana, é corrente hoje em dia distinguir

pelo menos entre três “espécies” de fenomenologia: a transcendental (centrada em Husserl e em autores mais ou menos fielmente husserlianos), a existencial (a que se manifesta de modos muito diversos, sem dúvida, em autores como Sartre e Merleau-Ponty) e, por fim, a fenomenologia hermenêutica” (Idem, p. 94).

As indicações do movimento fenomenológico já estavam presentes em obras publicadas por Husserl, cuja reputação atraiu ininterruptamente novos discípulos, sendo considerado o pai da fenomenologia.

A biografia de Edmund Husserl é relatada e comentada minuciosamente por Kelkel e Schéerer (1954), e descrita por Fragata (1962). Ambos os autores estão fundamentados nas correspondências inéditas de Husserl, reunidas na Universidade de Lovaina pelo padre H.L.Van Breda, um dos últimos fiéis do filósofo. A partir desses autores, apresento a biografia do pai da fenomenologia.

O nascimento do filósofo ocorreu em Prossnitz, na Moravia, Alemanha, em 8 de abril de 1859, em uma família israelita da média burguesia, que o educou sem instrução religiosa. Em 1870, completa o curso secundário, no liceu de Olmütz, antiga cidade universitária vizinha à sua cidade natal. Interessou-se sobretudo pela matemática e pelas ciências naturais. Em 1876 foi para a Universidade de Leipzig para estudar astronomia.

Como esta disciplina exigia aprofundamento da matemática, resolveu continuar os estudos na Universidade de Berlim, atraído pelo prestígio de matemáticos célebres, e renunciou definitivamente à astronomia para dedicar-se à análise. Em 1881 deixa Berlim e vai para Viena. No ano seguinte doutorou-se com a tese **Contribuição para o cálculo das variações**, que não chegou a publicar. Entre 1884 e 1886, Husserl fez a formação filosófica com o professor Franz Brentano, época em que estudou a fundamentação da matemática, preocupando-se com a formulação de uma teoria do objeto, qualquer que fosse ele.

O contato com Brentano despertou-lhe o entusiasmo pela filosofia. Resolveu dedicar-se exclusivamente a ela, no impulso veemente de lhe encontrar uma fundamentação capaz de sustentar todas as outras ciências. Em 1887, um mês



antes do seu casamento, defendeu sua tese de habilitação à carreira universitária na Universidade de Hale, quando lançou seu primeiro livro: **Sobre o conceito de número**. Em 1891 publica a obra **A filosofia da aritmética**, quando percebe que a filosofia, a matemática e a astronomia tinham como base a psicologia experimental. A partir daí dedica-se veementemente a mostrar a impropriedade dessa ciência como fundamento para as ciências do espírito, especialmente a filosofia, e com o psicologismo. Em 1900-1901 é lançada a obra **Investigações lógicas**, na qual rejeita claramente o psicologismo, por levar ao subjetivismo e ao relativismo da verdade. Com essa obra Husserl tem nítida consciência do novo estilo que inaugura: a fenomenologia nasce verdadeiramente e já não é uma psicologia.

No fim de 1901, é nomeado professor ordinário e, em 1906, professor titular da Universidade de Goettingue, situada na pequena cidade da Prússia. Começa, então, nova fase do desenvolvimento da sua fenomenologia, determinado por um curso promovido em 1907, transformado em livro, publicado postumamente, em 1950, com o título: **A idéia da fenomenologia**. Segundo Kelkel e Schérer (1954, p.14), Husserl “publica pouco por causa dos seus escrúpulos e ânsia de perfeição, mas em cada uma das publicações marca uma data na história do seu pensamento”. Duas obras-chave marcam os anos de Goettingue: em 1911, o artigo, **A filosofia como ciência rigorosa** e, em 1913, **As idéias diretrizes para uma fenomenologia pura e uma filosofia fenomenológica**, que constituiu o primeiro número dos anais da fenomenologia, definindo uma fenomenologia propriamente husserliana.

Por ser descendente de judeus, em 1916, Husserl transfere-se para Brisgau para lecionar pelo regime nazista, e em 1929, publica **Lógica formal e transcendental**, na qual o impulso fundamentador das **Investigações lógicas** é retomado num nível superior, em conformidade com o desenvolvimento da fenomenologia. A esta obra está particularmente ligada **Experiência e juízo**, publicada só postumamente, em 1939, e redigida, em grande parte, pelo seu assistente L.Landgrebe.

Ao se aposentar em 1928, Husserl é sucedido na cadeira de filosofia por M. Heidegger, seu antigo discípulo. Em 1929 Husserl pronunciou em Paris duas célebres conferências, cujo desenvolvimento originou uma das suas mais conhecidas obras, **Meditações cartesianas**, publicada em 1931. Dedicou-se, em

seguida, a uma nova revisão e sistematização do seu pensamento e elaborou a **A crise das ciências européias e a fenomenologia transcendental**, da qual, em vida, só publicou a primeira parte, em 1936. Aos 79 anos, ainda trabalhava nela, quando faleceu na cidade de Friburgo, no dia 27 de abril de 1938. Em 1954, o manuscrito foi editado na íntegra.

Na opinião de Mora (1996, p. 291), a fenomenologia tal como elaborada por Husserl, sobretudo em sua fase “propriamente fenomenológica”, isto é, como “método” e “como maneira de ver”, não fica nada a dever às correntes positivistas das ciências da natureza, quanto à cientificidade desse método, considerado pelo próprio Husserl como sendo de um “positivismo absoluto”. A fenomenologia por ele proposta nada pressupõe: “nem o mundo natural, nem o senso comum, nem as proposições da ciência, nem as experiências psíquicas. Coloca-se antes de toda crença e de todo julgamento para explorar simplesmente o dado”. Ainda conforme Mora (1996, p. 292), o dado não é na fenomenologia de Husserl o que é “na filosofia transcendental – um material que se organiza mediante formas de intuição e categorias. Tampouco é algo empírico – os dados dos sentidos. O dado é o correlato da consciência intencional”.

Husserl havia prestado primordial atenção à fenomenologia como um “método” e como uma “maneira de ver” que culminava na constituição de uma “ciência universal”, fundamento de todas as ciências particulares. Para Fragata (1962, p. 15), o grande ideal desse filósofo “foi o da fundamentação radical de todas as ciências para o quê se impunha, em primeiro lugar, estabelecer um fundamento capaz de elevar a Filosofia à dignidade de ciência no sentido rigoroso”. Segundo esse autor, o impulso é de inspiração cartesiana, mas o modo de realização pretende efetuar-lo com maior radicalismo, para que o triunfo fique garantido.

É o próprio Husserl, citado por Fragata (1962, p. 16) que reconhece o impulso cartesiano e afirma:

Desenvolveremos as nossas meditações dum modo cartesiano, como filósofos que principiam pelos fundamentos mais radicais; procederemos, naturalmente, com uma prudência muito mais crítica e prontos a introduzir qualquer modificação no antigo cartesianismo. Teremos também que esclarecer e evitar certos erros aliciantes em que caíram Descartes e os seus continuadores.

Situada a fenomenologia como movimento e contextualizado o seu fundador, é importante conhecer as características da sua verdadeira fundamentação filosófica, o que justifica sua escolha como suporte teórico-metodológico para esse estudo. Exponho de forma sintética, conforme compendiado por Fragata (1962, p. 16-17) dos **Arquivos de Husserl em Lovaina**, uma vez que a finalidade é apresentar a noção geral da fenomenologia como filosofia pelo seu fundador. Três são as características:

A primeira diz respeito à fundamentação da filosofia como ciência teórica e absoluta que prescindem da experiência, ou dos fatos, sempre contingentes. Esse caráter, *a priori*,<sup>5</sup> tem de ser mais radical que o *ego cogito* de Descartes. Isso é possível mediante depuração rigorosa de tudo o que não oferecer as garantias suficientes duma *evidência apodíctica*. Nesse sentido, como afirma Fragata (1962, p.26), Husserl “leva-nos ao ‘objecto’ enquanto meramente consciente, acerca do qual não poderá existir dúvida alguma. Este objecto é o ‘fenômeno puro’ constituído na consciência pura intersubjetiva”. A partir dessa característica, a fenomenologia husserliana pretende pôr-nos em contato com esses “fenômenos” na condição de imediatamente conscientes, e levar-nos, portanto, à evidência primordial, como se exige de uma ciência absolutamente rigorosa.

A segunda característica está relacionada à primeira, pois esta aprioridade implica, desde já, plena *ausência de pressupostos*, quer dizer, o pesquisador precisa proceder com inteira liberdade, sem se deixar influenciar por qualquer opinião dominante, quer seja científica, filosófica, empírica, mágico-religiosa e outras, para se orientar exclusivamente pelas coisas. Husserl citado por Fragata (1962, p. 17) enfatiza: “Não é da filosofia que deve partir o impulso da investigação, mas sim das coisas e dos problemas”. Conforme comenta, a exigência do apelo às “coisas”, pelas quais o pesquisador tem de se orientar exclusivamente, é um dos pontos em que Husserl mais insiste e há de determinar o radicalismo absoluto a que ele chegou. Essa ausência de pressuposto na fenomenologia husserliana é uma atitude do pesquisador a ser desenvolvida, pois afirma Husserl citado por Fragata (1962, p. 26), “a fenomenologia é também e principalmente um

---

<sup>5</sup> No sentido husserliano, *a priori* é a averiguação das formas e estados de coisas principais, susceptíveis de a si mesmos se darem e, por meio de tais auto-apresentações, a realização, o

método e uma atitude (*Denkhaltung*): a atitude especificamente filosófica, o método especificamente filosófico”. A partir desta afirmação, como ressalta Fragata, é possível compreender a primeira como elaboração da fenomenologia que determina a “atitude filosófica”; a segunda esclarecerá o caráter metodológico da fenomenologia.

A terceira característica refere-se a uma filosofia evidente por si mesma. Esse impulso fundamentador de Husserl o levou à busca pelas evidências apodícticas, ou intencionalidades, que constituem toda a razão da fenomenologia husserliana. A evidência é a consciência da intuição ou uma intenção significativa, considerando a intuição o preenchimento da intenção. Existe apenas uma intuição significativa quando significo o objeto sem considerar sua presença. Assim, se tenho em conta apenas o conteúdo significativo da morte, esta intenção pode ser preenchida pela presença do objeto, por exemplo, se me coloco diante do corpo morrendo ou do cadáver. Portanto, a intuição e a intenção mutuamente se implicam. Como Husserl usa, na prática, indiferentemente as duas palavras, ambas são encontradas na literatura como intencionalidade.

Nesse sentido, Husserl citado por Fragata (1962, p. 17) afirma: “É patente que eu, em consequência de ser um filósofo que pretende começar pelos fundamentos [...] não posso admitir ou ter como válido nenhum juízo, se o não haurir da evidência”. Para Fragata, esta intencionalidade a que Husserl se refere não pode ser qualquer intencionalidade, e no sentido perfeitamente rigoroso, deve ser uma intencionalidade apodíctica, que quer dizer, não basta excluir *praticamente* a dúvida, tem de excluí-la *dum modo absoluto*, o que se verifica na plena adequação entre intencionado e intuído.

O próprio Husserl reconhece, segundo Fragata (1962), que esta adequação plena é um estado-limite que de fato jamais se atinge, pois sendo a intuição o preenchimento da intenção, será mais ou menos perfeitamente intencional, conforme a plenitude do preenchimento. Mas o pesquisador deve procurar, pelo menos, conseguir aquela adequação que lhe mostre, como absolutamente excluída, a possibilidade do contraditório daquilo que tem intencionalidade. Só deste modo será atingido um fundamento que não poderá

---

aproveitamento e a avaliação dos conceitos e leis da lógica, da ética e da axiologia, que se apresentam com a pretensão à importância de princípios (NIJHOFF, p. 80).

deixar de ser considerado como primordial. De acordo com Fragata (1962, p. 18-20), tal intencionalidade é, ao mesmo tempo, autojustificativa, pois possui um carácter imediato e plenamente reflexo, “e este carácter [...] é designado por uma palavra de difícil tradução, *Selbstbesinnung*, que é uma ‘auto-reflexão’ radical, plenamente esclarecedora do ‘sentido’ da coisa”.

A *Selbstbesinnung* é o impulso lógico da verdade mais profunda e radical onde se manifesta o impulso reflexo da intencionalidade que põe o pesquisador em contato com as “coisas” de modo que aquilo que se vê não possa ser de outra maneira. Husserl diversifica fundamentalmente a intencionalidade, não a partir do sujeito e sim do objeto. Como o objeto pode ser sensível ou categorial ou universal, temos três modos fundamentais de intencionalidade: sensível – é uma singularidade empírica, por exemplo, o corpo morrendo ou o cadáver diante de mim determina a intencionalidade sensível; categorial – é, primariamente, aquilo que se afirma (*kategoréo* significa afirmar), corresponde, portanto, ao conteúdo do juízo. Por exemplo, na afirmação “a morte é um horror”, o fato da morte ser um horror determina a intencionalidade categorial; universal – é também chamado de “essências” (*Wesen*) e *eidos*, isto é, os conceitos universais que se verificam invariavelmente em diferentes indivíduos e determinam a intencionalidade eidética ou ideação.

Do ponto de vista husserliano, a filosofia fenomenológica é a única entre todas as filosofias a falar de um campo transcendental, pois se preocupa com a descrição do vivido, dos atos intencionais da consciência e das essências que eles visam. Justifica-se esta apresentação a partir da conceituação proposta por Husserl para estabelecer as convergências e divergências com a fenomenologia pós-husserliana. Esta fase se caracteriza pelos filósofos que anunciaram a Teoria da Forma utilizando a mesma fenomenologia de Husserl. Para Fragata (1962, p. 64), tal teoria foi construída pela “doutrina da constituição do objeto que se forma através dum conjunto fluente de percepções imediatas”. Tanto na Teoria da Forma, como na constituição do objeto transcendental, é a intencionalidade que leva ao sentido apreendido e por isso desempenha papel importante na análise descritiva e interiorista proposta pela fenomenologia.

Os representantes mais significativos da fase pós-husserliana, segundo Mora (1996, p. 293), são os seguintes: os filósofos metafísicos Nicolai Hartman, por

sua vez, trouxe a lume a fenomenologia da consciência moral mediante descrição e análise dos tipos de vida moral destinados ao estabelecimento de uma hierarquia que não exclua ilegitimamente nenhum dos tipos essenciais manifestados no decorrer da história e Marx Scheler, ligado à fenomenologia das essências como essências-valores, com destaque pela intuição emocional de tais essências que não se encontram diretamente ligadas a significações; os filósofos existencialistas, particularmente Heidegger, Sartre e Merleau-Ponty, cuja aplicação mais fecunda verificou-se no âmbito da psicologia. A exemplo de Husserl, Merleau-Ponty também entende a fenomenologia como a descrição da consciência, diferente de Heidegger, que não tem a consciência por tema, mas o Ser; e ainda Wolfgang Köhler, Wertheimer e Kurt Koffka, que criaram a Psicologia da Forma (*Gestaltpsychologie*).

Entre os filósofos existencialistas da fase pós-husserliana é Merleau-Ponty quem possibilita ver e entender o corpo com a idéia de corpo encarnado, no sentido de atuante, vivo, ou seja, aquele corpo que, sendo um corpo biofisiológico, torna-se humano, se humaniza e se conscientiza no mundo. A síntese corpo e mente não se produz apenas por um decreto entre os termos sujeito e objeto mas realiza-se a cada instante nos movimentos da existência. Não se trata mais de dizer da experiência de corpo mas de uma experiência de corpo no mundo. Para Merleau-Ponty (1999), o corpo tem dois espaços: o corporal, ou seja, o contorno que me constitui, é a forma, e o espaço objetivo, meu corpo espacial, que se move, se estende: a visão do corpo é a de um todo harmonioso e, desse modo, braço é braço quando está integrado a um corpo da melhor maneira. Sob esta ótica, meu corpo, diz Merleau-Ponty, é o ponto de onde começo a olhar o mundo e, portanto, eu sou o mundo que percebo.

Com esse referencial, é possível ser investigada pelos profissionais de saúde sobre a percepção do seu corpo próprio na experiência humana do morrer, como possuidor de um corpo que é no mundo e que no seu sendo-cuidador do outro que está morrendo vai requerer uma atenção com vistas à mudança de atitude diante do outro morrendo. Possibilitar reflexões sobre o exposto é inerente à mudança de significado sobre a morte e o morrer. Reflexão entendida não como observação de um fato mas como esforço para compreender: não se trata da passividade de um sujeito que contempla sua vivência e sim do esforço de um sujeito que apreende a significação da sua existência humana e finita.

Desta forma, o estudo sobre o significado do corpo próprio ao cuidar do outro que está morrendo pode representar para a saúde e a bioética a possibilidade de novos horizontes na perspectiva do cuidado humanizado com os profissionais de saúde e destes com o doente morrendo sob seus cuidados.

Merleau-Ponty (1999) transforma a fenomenologia transcendental de Husserl em fenomenologia existencial, pois leva em conta a descoberta da intencionalidade, a partir do sentido do objeto da experiência para a consciência; parte da procura de um eu que existisse no mundo e não de um eu que existisse por definição aprioristicamente, ou seja, o ego-transcendental como foi proposto por Husserl. A fenomenologia merleau-pontiana traz o sentido histórico na sua pluralidade de significados, transformando-se e não se estabelecendo como uma receita, mas mostrando-se enquanto se faz sem certezas de onde se chegará, pois “tudo aquilo que sei do mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir de uma visão minha ou de uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada” (p. 3). Para dar sentido ao estudo, adotei este autor como o caminho a ser percorrido na investigação do fenômeno e, portanto, neste momento, ele está representado como método. Assim, conforme ressaltai na introdução, esta investigação percorreu três momentos: a descrição, a redução e a compreensão.

Considerarei como primeira etapa desta investigação a descrição. Na perspectiva de Merleau-Ponty, o primeiro passo consiste em descrever o mundo vivido pelo sujeito, isto é, o mundo vivido que preexiste a qualquer análise que se possa fazer dele. Está aí para ser conhecido como é, sem necessidade de maiores explicações ou justificativas. É o mundo que nos é dado, ou seja, o mundo natural que segundo esse filósofo,

é o horizonte de todos os horizontes, o estilo de todos os estilos, que, para alguém de todas as rupturas de minha vida pessoal e histórica, garante às minhas experiências uma unidade dada e não desejada, e cujo correlativo em mim é a existência dada, geral e pré-pessoal de minhas funções sensoriais, em que encontramos a definição de corpo (MERLEAU-PONTY1999, p. 442).

A descrição concentra-se, portanto, numa determinada realidade como vivida por alguém e faz desta vivência seu objeto de estudo. A tarefa de descrever desvela progressivamente a atitude de um sujeito em relação ao mundo em que vive, revelando um modo de existir. A descrição é feita a partir de um

distanciamento, embora jamais tirando os pés do mundo, pois estamos todo o tempo entrelaçados no mundo, portanto, nesta perspectiva, para Coelho Jr e Carmo (1991), a descrição e a compreensão, e não a explicação, pressupõem delimitações nítidas entre sujeito que conhece e objeto que é conhecido. As delimitações nítidas da descrição envolvem três elementos: a percepção, o sujeito e o mundo-vida. Eles estão interligados e interatuantes, pois a percepção é uma função da estrutura orgânica do sujeito que é capaz de sentir o corpo-vivido em si, isto é, o corpo próprio como consciência, ao mesmo tempo que se direciona para o mundo-vida, que é o contexto específico da sua existência.

Como a percepção é o primeiro elemento para realizar a descrição precisei compreender o conceito de percepção. Concordo com Chauí (1995) quando esta autora conceitua a percepção como uma experiência dotada de significação, isto é, o percebido é dotado de sentido e tem um sentido em nossa história de vida, faz parte do nosso mundo e das nossas vivências. Condicionada, porém, pelas fortes influências da corrente do conhecimento positivista ou crítico, na minha formação fundamentada na biomedicina, a percepção, como é de uso corrente, à qual estou acostumada, é uma percepção intelectual “pela qual os dados inextensivos (as ‘sensações’) são postos em relação e explicados, de tal sorte que acabam por constituir um universo objetivo”. Para evitar uma investigação a partir desta forma de perceber, optei pelo conceito proposto por Merleau-Ponty (1989, p.63), pois segundo este filósofo a experiência da percepção

nos põe em presença do momento em que se constituem para nós as coisas, as verdades, os bens; que a percepção nos dá um *logos* em estado nascente, que ela nos ensina, fora de todo o dogmatismo, as verdadeiras condições da própria objetividade; que ela nos recorda as tarefas do conhecimento e da ação. Não se trata de reduzir o saber humano ao sentir, mas de assistir ao nascimento desse saber, de nos torná-lo tão sensível quanto o sensível, de reconquistar a consciência da racionalidade, que se perde acreditando-se que ela vai por si, que se a reencontra, ao contrário, fazendo-a aparecer sobre um fundo de natureza inumana.

Ao ler este conceito sinto meu corpo próprio vibrar. Cada sentido se aguça, a intuição se faz presente, torna-se uma presença ansiosa numa busca pela expressão do que está sendo apreendido de sentido e significado em relação ao objeto de estudo. Entretanto, Merleau-Ponty (1989) a percepção, como constituinte da consciência imediata, deve ser diferenciada de suas bases sensitivas, sem as quais não existiria, e de seus recursos de memória, sem os quais não teria como



interpretar a massa sensorial informativa. Neste sentido, a percepção não é nem sensação e nem intelecto. É o objeto unitário da consciência e também a experiência deste objeto. Esta forma de perceber permite-me fazer a descrição com base na intuição envolvendo a indução e, portanto,

é um meio metódico de perceber uma certa conduta típica; e se a indução envolve a intuição, inversamente a intuição não se faz no vazio, ela se exerce sobre os fatos, os materiais, os fenômenos postos à luz pela pesquisa científica. Não há dois saberes, mas dois graus diferentes de explicitação do mesmo saber (1984, p.62).

Esta dinamicidade da percepção como objeto da consciência e o ato da experiência concebe os movimentos nascentes no corpo próprio que pode ser observado ou experienciado. Esses movimentos mostram-se por meio do gesto, que organizados em algum sistema de códigos constituem mensagens passíveis de decodificação e interpretação por um outro, sendo este um outro que observa ou o mesmo que produz e experiencia os gestos. Na perspectiva fenomenológica de Merleau-Ponty (1999, p.160) “a percepção e o movimento forma um sistema que se modifica como um todo”, permitindo a expressão, ou seja, contextualiza a percepção e faz a significação existir, abre para nossa experiência um novo campo, uma nova dimensão, uma nova intenção significativa. “A fala é um verdadeiro gesto e contém seu sentido, assim como o gesto contém o seu” (1999, p. 240). É isso que torna possível a comunicação.

Assim, utilizo Merleau-Ponty (1999) como método para realizar a investigação do corpo próprio do profissional de saúde ao cuidar de outro que está morrendo, como um ser presente e vivo a partir dos significados do corpo como experiência vivencial constitui-se e expressa-se pelo corpo próprio, isto é, consciência corporificada. O corpo é o centro a partir do qual visualiza-se todas as perspectivas. É a unidade de síntese entre os objetos dados à consciência e a consciência destes objetos enquanto experiência vivencial, sem ser reduzida a uma coleção de sensações. Sua aparência traz um sentido que revela um todo. Este todo é anterior às suas partes mas não é um todo ideal. Trata-se de uma aparência momentânea que traz em si um certo sentido ou que está a procura deste sentido em si mesma. Assim, é sempre provisória. Ademais, a experiência vivencial organiza-se por suas próprias leis que são independentes da vontade. Um exemplo, é quando uma dada combinação aparece para mim de um certo modo e, ao mover-

me de um ponto para outro, certifico-me de que a minha primeira aparência era enganosa.

A investigação assim desenvolvida na etapa da descrição, em que o primeiro elemento a ser considerado é a percepção numa abordagem fenomenológica existencial, torna possível a construção de um método fundamentado no filósofo Merleau-Ponty (1984, p.64), que pode ser seguido por outros profissionais de saúde em suas “relações do homem com o homem, na linguagem, no conhecimento, na sociedade e na religião, como o foi neste trabalho, as relações do homem com a natureza sensível ou as relações do homem com o homem no nível do sensível”.

O segundo elemento da descrição é o sujeito, que é capaz de sentir o corpo-vivido em si, isto é, o corpo próprio. É um corpo amplo, pois, como refere Merleau-Ponty, não temos um corpo, mas sim somos o corpo, um corpo que percebe e é simultaneamente percebido. Esta noção de corpo proposta por Merleau-Ponty, para Martins (1992), retoma uma forma de empirismo cujo objeto de investigação destaca a consciência do sujeito percebido como parte de um encontro do interpessoal homem-mundo, sendo este responsável na comunicação por uma proposição que afirma: para se dar uma comunicação, necessariamente é preciso haver uma pessoa, isto é, a experiência de *corps propre* (um corpo próprio). Esta forma de empirismo retomada por Merleau-Ponty não significa uma volta ao pretendido caráter absoluto das teorias empíricas, isto é, ao empirismo, ao objeto da ciência como fonte de conhecimento. Não se trata também de um voltar-se para o interior da consciência (subjetivismo), mas se refere a um retorno ao mundo prévio (*Lebenswelt*), ao irrefletido, como ele mesmo esclarece. Ao mundo que nos é dado ao nascer.

O sujeito é o corpo compreendido a partir de uma abordagem fenomenológica voltada para a compreensão do homem como ser em situação, inextricavelmente ligado ao mundo. Esta ligação com o mundo, para Merleau-Ponty (2000) é tão forte que este filósofo introduz o conceito de “carne” no sentido amplo de um elemento, assim como a água, o ar, a terra e o fogo, no sentido de “algo” geral, implicando nossa mistura com o mundo. Conforme ressalta este filósofo, é preciso considerar o outro humano no mundo, pois se somos uns para os outros, ou “uns-com-os-outros”, precisamos, necessariamente, ter uma aparência mútua, ou

seja, uma aparência ou perspectiva um do outro, pois esta visão permite a posição do mundo. Isto se traduz na intersubjetividade.

De acordo com Merleau-Ponty (1999), esta nova maneira de filosofar depende de sua articulação com a existência concreta, começando pela facticidade, procedendo a uma transformação da subjetividade. Seu estudo, para Martins et al (1984), vai até a raiz, com sua concepção do corpo-sujeito, corpo este que estabelece com o mundo uma relação pré-objetiva, pré-consciente, de caráter dialético. A este corpo-sujeito irão unir-se dialeticamente muitos outros momentos: a ação, o conhecimento e outras afeições. Para Coelho Jr (1988), o filósofo traz a idéia de um movimento, uma tensão, uma reversibilidade entre aquele que vê (sujeito) e o mundo visto (objeto). Reaparece a dialética sem síntese, na tentativa de superação da dicotomia sujeito-objeto e onde a dinâmica é fundamental.

A reversibilidade mostra-se tanto na identidade da percepção e da expressão do corpo próprio do profissional de saúde que percebe sua expressão e expressa sua percepção, quanto na diversidade da expressão e da percepção do corpo próprio do outro morrendo. Essa reversibilidade é percebida nesse estudo como uma circularidade, em que reaparece a dialética sem síntese entre quem cuidada e quem é cuidado. De acordo com Gomes (1997), a circularidade explicita tanto a subjetividade quanto a objetividade. Explicita a subjetividade de um indivíduo cuja experiência intrapessoal do silêncio e do pensamento cria sua percepção de si mesmo e cuja experiência de usar algum sistema de linguagem cria a expressão de sua privacidade. Por contraste, explicita a objetividade da experiência mútua de duas ou mais pessoas que através de algum tipo de linguagem comum transformam, por conseguinte, a própria percepção e a própria expressão. A circularidade entre percepção e expressão produz o sentido da consciência e de toda a atividade da consciência, enquanto uma unidade na qual se organizam os processos cognitivos, afetivos e conativos.

O terceiro elemento da descrição é o mundo-vida, ou seja, o contexto específico da nossa existência. Este contexto específico caracteriza o mundo natural que nos é dado ao nascer. Para Siqueira (2002, p.119) desde o nascimento,

O indivíduo se encontra situado num universo de utensílios, de hábitos e de idéias que ela não constituiu e que formam o horizonte da sua atividade prática e cognoscitiva, e mesmo antes de ser acolhido numa percepção explícita ou qualquer juízo, este social existe surdamente como solicitação e condicionamento.

O mundo que nos é dado ao nascer é um mundo com certa constituição psicofísica, com um conjunto de funções perceptivas, de atitudes e montagens que eu não constituí nem escolhi, mas que simplesmente me são dados e continuam a formar o terreno natural e anônimo sob o qual se fundamentará toda a construção pessoal. O mundo natural é o traço dessa existência generalizada e todo objeto será primeiramente, de alguma forma, um objeto natural, que será feito de cores, odores, sabores, de qualidades táteis e sonoras para poder entrar em minha vida. Desse modo, a visão, a audição, o tato, com seus campos que são anteriores, permanecem estranhos à minha vida pessoal. Por isso, como ressalta Merleau-Ponty (1996, p.465),

Enquanto percebo, e mesmo sem nenhum conhecimento das condições orgânicas de minha percepção, tenho consciência de integrar consciências sonhadoras e dispersas. [...] Assim como a natureza penetra até o centro de minha vida pessoal e entrelaça-se a ela, os comportamentos também descem na natureza e depositam-se nela sob a forma de um mundo cultural”.

Não tenho apenas um mundo físico, e não vivo somente em um ambiente da Terra; em torno de mim, existem estradas, ruas, casas, quadras, objetos, mesa, papel, lápis, computador. Cada um desses objetos traz, implicitamente, a marca da ação humana na sua constituição. Cada um emite uma atmosfera de humanidade que às vezes pode ser pouco perceptível, a exemplo de marcas de passos que ficam na areia, ou muito perceptíveis, como quando visito determinado lugar recém-desocupado. Neste sentido, Merleau-Ponty (1999, p. 465) afirma:

A civilização da qual eu participo existe para mim com evidência nos utensílios que ela fornece. O mundo cultural é agora ambíguo, mas ele já está presente. Há ali uma sociedade a conhecer. [...] diante dos vestígios de uma civilização desaparecida, concebo por analogia a espécie de homem que ali viveu.[...] o primeiro dos objetos culturais é o corpo de outro como portador de um comportamento [...] rastro falante de uma existência.

O mundo-vida onde o sujeito que percebe o corpo próprio está inserido é o campo fenomenal de realização da ação do cuidar/cuidado do corpo próprio do outro que está morrendo, incluindo todas as outras experiências da existência, passíveis de serem observadas e por isso descritas, pois segundo Merleau-Ponty (1999, p.6),

O mundo não é um objeto do qual possuo, em meu íntimo, a lei de constituição, ele é o meio natural e o campo de todos os meus pensamentos e de todas as minhas percepções explícitas. A verdade não habita somente o homem interior ou melhor não há homem interior, o homem está no mundo, e é no mundo que ele se conhece.

Há, portanto, um corpo-sujeito encarnado que se direciona ao mundo, a outro, elege figuras em meio a fundos, diante de possibilidades que o meio lhe oferece e posições que o corpo toma diante deste. Quando o corpo torna-se nosso “ponto de vista do mundo”, em lugar de um objeto, a estrutura espaço-temporal da experiência perceptiva é reavivada e o pensamento objetivo em geral é suprimido. Há uma reestruturação intencional consciente.

A realização do momento da descrição consistiu do movimento de chegar até o corpo-sujeito que estava inserido no mundo-instituição-hospital, apreendendo suas vivências no mundo-instituição de cuidar do outro que está morrendo.

O segundo momento da investigação foi a redução fenomenológica, que possui dois movimentos: a *epoché*, que consiste na atitude de nos abstermos de julgar com base em doutrinas de qualquer filosofia anterior e em levar a cabo todas as nossas descrições no âmbito de tal abstenção. Consiste, enfim, em relegar para segundo plano toda apreensão *a priori*, todo parâmetro externo, colocar a realidade e tudo isto entre parênteses. Nessa *epoché* o mundo natural não é neutralizado; trata-se de uma suspensão da realidade quanto aos pressupostos, crenças, atitudes acerca do objeto de pesquisa, para reduzi-lo ao fenômeno. Essa abertura para o fenômeno pretende ser a mais “ingênua” possível, o que permite apreender o significado do fenômeno, a sua essência. Outro movimento é a redução eidética, o que permite chegar, por meio da experiência vivida, ao núcleo essencial, *eidético*. Tem por objetivo afastar o accidental, o variável, para ficar com o invariante, o essencial, com o *eidos* do fenômeno. A essência, o núcleo eidético ou invariante, de acordo com Capalbo (1984, p.138) é o esclarecimento, o que interessa, é a compreensão das significações essenciais ou as pesquisas eidéticas. Assim, a fenomenologia passou a ser definida por Husserl como ciência discursiva da essência da consciência e seus atos.

O terceiro momento, a compreensão fenomenológica, envolve uma tentativa de especificar o “significado” que é essencial na descrição e na redução, como uma

forma de investigação da experiência. Para apreender o corpo próprio do profissional de saúde ao cuidar do outro que está morrendo, só existe um caminho: o da intuição, indução, inferência, atribuindo ao outro algumas características particulares.

Considerando que o método fenomenológico trata de significações, é necessário aprimorar a habilidade em interpretar as múltiplas modalidades de expressão do discurso humano. Neste sentido, procedo a uma breve revisão teórica dos fundamentos da hermenêutica, tomando-os como imprescindíveis para a compreensão de uma experiência humana.

### **3.2 Fenomenologia hermenêutica: a arte e a ciência de interpretar**

Como arte de interpretar e compreender a realidade, a hermenêutica, para Kristeva (1974) e Palmer (1989) traz a dimensão social e cultural que se mostra no ato mesmo da interação entre autor e seu observador, tornando possível o sentido partilhado em sua pluralidade. Presença e diálogo formam a intersubjetividade em que sujeito e objeto não se separam. É tida, hoje, como uma teoria ou filosofia de interpretação, capaz de tornar compreensível o objeto de estudo mais do que sua mera aparência ou superficialidade. Portanto, o estudo do sentido e significado do corpo próprio do profissional de saúde, está intimamente relacionado com a hermenêutica, fundamental em todas as humanidades – em todas as disciplinas que se ocupam com a interpretação das obras do homem.

A história da hermenêutica, segundo Mora (1996) e Grondim (1999), desenvolveu-se, até o século XVIII, em grande parte, sem ter plena consciência de si mesma e, até o século XVII, nem sequer apresentava o nome de hermenêutica. O vocábulo cuja origem grega é *hermeneia* está atrelado à figura de Hermes, o tradutor da linguagem dos deuses, tornando-se acessível aos homens. O Deus Hermes vinculava-se a uma função de transmutação, isto é, transformava aquilo que a compreensão humana não alcançava em algo que esta compreensão pudesse alcançar. Primariamente, o termo significa para Mora (1996, p.331) a “expressão (de um pensamento), explicação e, sobretudo interpretação do mesmo”.

A hermenêutica é o estudo da compreensão, é essencialmente a tarefa de compreender textos. O campo da hermenêutica nasceu como esforço para descrever os modos de compreensão, mais especificamente históricos e humanísticos. Um dos

elementos essenciais para uma teoria hermenêutica adequada da interpretação literária é uma concepção da própria interpretação que seja suficientemente lata. A interpretação é talvez o ato essencial do pensamento humano; na verdade, o próprio fato de existir pode ser considerado um processo constante de interpretação, que é, portanto, um fenômeno complexo e universal. O verbo “interpretar” significa para Ferreira (1999, p.1127) “ajuizar a intenção, o sentido de; explicar, explanar ou aclarar o sentido de – palavra, texto, lei, etc”. Três significados de acordo com Palmer (1989), podem ser expressos pelo verbo interpretar e, no entanto, cada um representa um sentido independente e relevante do termo interpretação. A interpretação pode referir-se a uma recitação oral, como dizer, uma explicação reacional e uma tradução de outra língua. Os diferentes aspectos desse processo interpretativo são vitais e essenciais para a literatura.

Historicamente, para Gondim (1999), a hermenêutica tem sido considerada sobretudo relevante na investigação e esclarecimento de textos antigos, cujo contexto sociohistórico e cultural nem sempre é possível reconstituir. Foi fundamental, na Idade Média, com base no critério da autoridade, garantir a correta compreensão dos clássicos, dos livros sagrados e dos Santos Padres. Importância especial adquiriu a hermenêutica após a Reforma, quando o critério exclusivo da Sagrada Escritura para a fundamentação da fé cristã exigiu rigorosa investigação do significado dos seus textos. Empenho semelhante tem sido postulado pela interpretação coerente e adequada das leis. Neste sentido temos a hermenêutica tradicional, considerada como um conjunto de métodos e técnicas destinadas a interpretar a essência da norma. Possui uma perspectiva normativa-metodológica, em que o processo interpretativo possibilita o alcance da descoberta do “exato” ou do “correto” sentido do texto ou da norma.

Com tempo, de acordo com Grondim (1999), a *ars interpretandi* convergiu para a crítica da exegese ou da filologia. A Lutero, porém, de modo geral, é atribuída a revitalização da arte de interpretar. Mas a temática mais global da compreensão e da interpretação adquire novo relevo com a eclosão do historicismo e o acirramento da validade epistemológica da história, da psicologia, da sociologia e das ciências do espírito em geral. Grondim (1999) ressalta a necessidade de se implementar uma mudança na questão hermenêutica, ultrapassando-se a visão tradicional para chegar-se à visão contemporânea, a nova hermenêutica. A dimensão filosófica da nova hermenêutica radica na filosofia como perseguidora da verdade, como gestora

e intérprete de conceitos, como perscrutadora de sentidos e significados, a partir dos ensinamentos de Martin Heidegger – **Ser e Tempo** e Hans-Georg Gadamer – **Verdade e Método**. Estes filósofos propiciaram com a nova hermenêutica um processo interpretativo que não decorre da descoberta do “exato” ou do “correto” sentido do texto ou da norma, mas do exame das condições em que ocorre a compreensão. Direciona-se para a compreensão como totalidade e a linguagem como meio de acesso ao mundo e às coisas.

Martin Heidegger foi o grande impulsionador de uma mudança de paradigma em relação à hermenêutica de cunho tradicional, propondo uma hermenêutica ontológica. Segundo Mora (1996, p.332) as investigações e interpretações proporcionadas pela antropologia, a história e, em geral as ciências do espírito, “não são para Heidegger suficientes se não estiverem fundamentadas numa prévia analítica existencial”. Desse modo a interpretação se funda existencialmente na compreensão e, assim, toda a perspectiva que se tem à vista já é em si mesma uma compreensão e uma interpretação e ambas partem de uma estrutura prévia caracterizada à circunvisão do intérprete. Como afirma Heidegger (1988, p.207)

A interpretação de algo como algo funda-se, essencialmente, numa posição prévia, visão prévia e concepção prévia. A interpretação nunca é a apreensão de um dado preliminar isenta de pressuposições. Em todo princípio de interpretação, ela se apresenta como sendo aquilo que a interpretação necessariamente já “põe”, ou seja, que é preliminarmente dado na posição prévia, visão prévia e concepção prévia.

Heidegger contribuiu de forma efetiva para a nova hermenêutica, pois nos leva a concluir que não há interpretações definitivas, elas hão de ser estudadas inseridas no contexto onde foram concebidas e tendo em vistas as possíveis pré-compreensões do intérprete, de maneira que nós mesmos ao lê-las, a partir de nossas pré-compreensões, dentro de nossas circunvisões, também estaremos abrindo um novo sentido, uma nova possibilidade de interpretar. A compreensão, para Heidegger, opera no interior de um conjunto de relações já interpretadas, num todo relacional, vale dizer, que atua dentro de um “círculo hermenêutico”.

Dando continuidade à nova hermenêutica inaugurada por Heidegger, situa-se Hans-Georg Gadamer. Segundo Mora (1996, p. 333) a hermenêutica não é para Gadamer um simples método das ciências do espírito, mas “converte-se num



modo de compreensão dessas ciências e da história graças a possibilidade que oferece de interpretações dentro das tradições”. Compreender uma tradição implica projetar horizontes que vai originar um novo horizonte presente; é sempre um processo de fusão dos horizontes presumivelmente dados por si mesmos e esta fusão se dá, pois, pela interpretação. Por isso para Gadamer a hermenêutica é o exame de condições em que ocorre a compreensão, pois a considera como uma relação e não um determinado objeto como é o caso de um texto. Essa relação para Gadamer, segundo Mora (1996, p.333), “se manifesta na forma de transmissão da tradição mediante a linguagem, mas não como objeto a compreender e interpretar, sim como um acontecimento cujo sentido cumpre penetrar”.

A relação do interprete com a tradição é instaurada por ele mesmo enquanto compreende, enquanto participa do acontecer da tradição, que é continuamente determinada a partir dele próprio. Por isso, Gadamer entende o círculo hermenêutico não no sentido tradicional, sob a perspectiva metodológica, mas como algo que descreve um momento estrutural ontológico da compreensão. A tradição é para Gadamer o objeto de nossa pré-compreensão e toda experiência hermenêutica pressupõe uma inserção no processo de transmissão da tradição. Há um movimento antecipatório da compreensão, a pré-compreensão, que constitui um momento essencial do fenômeno hermenêutico e é impossível ao interprete desprender-se do círculo da compreensão.

Com a nova hermenêutica, a interpretação deixa de ser vista sob a perspectiva normativa-metodológica, mas como algo inerente à totalidade da experiência humana, vinculado à sua condição de possibilidade finita, sendo uma tarefa criadora, circular que ocorre no âmbito da linguagem. Demo (1989, p. 247) fundamenta a nova hermenêutica na “constatação de que a realidade social, e nela sobretudo o fenômeno da comunicação humana, possui dimensões tão variadas, nuançadas e mesmo misteriosas, que é mister atentar não só para o que se diz, mas igualmente para o que não se diz”. Por essa razão, a nova hermenêutica se especializa, afirma esse autor mais adiante, “em perscrutar o sentido oculto dos textos, na certeza de que no contexto há por vezes mais do que no texto”.

Na concepção de Palmer (1989, p.19) a hermenêutica chega a sua dimensão mais autêntica, quando,

deixa de ser um conjunto de artifícios e de técnicas de explicação de texto e quando tenta ver o problema hermenêutico dentro do horizonte de uma avaliação geral da própria interpretação a qual abrange a questão mais englobante do que é compreender e interpretar.

Dessa forma, a hermenêutica procura integrar duas áreas teóricas da compreensão humana: a tematização daquilo que está inerente ao fato de compreender um discurso ou um texto e a tematização do que é a própria compreensão, em seu sentido mais fundante e “existencial”. A hermenêutica se configura como uma linguagem capaz de articular o sentido e a compreensão da verdade numa perspectiva fundamentalmente filosófica, viabilizando a crítica e a autocrítica no processo de compreensão da verdade.

O presente estudo será um “círculo hermenêutico”, inseparável da existência do intérprete. Visa a revelar, descobrir, esclarecer qual o significado mais profundo que está oculto, não-manifesto, não apenas de um texto ou norma, mas também da linguagem. Por meio da nova hermenêutica, podemos chegar a compreender o próprio homem, o mundo em que vive, sua história e sua existência, pois não podemos conceber a compreensão fora do contexto histórico e social. Será um lugar de encontro, um lugar de diálogo com o mundo, lugar da vida cotidiana.

## 4 REALIZANDO A PESQUISA

*Sou o movimento rumo ao dever, expandindo, realçando, o impulso arraigado em todos os seres para desenvolver, evoluir, avançar, para cumprir tudo o que for possível.*

*Amy Sophia Marashins*

### 4.1 Natureza do estudo

O estudo é de natureza fenomenológica, fundamentado nos conceitos de Merleau-Ponty (1999), e visa a compreensão do corpo próprio do profissional de saúde na experiência humana do morrer

Para Merleau-Ponty (1984, p. 63),

A experiência da percepção nos põe em presença do momento em que se constituem para nós as coisas, as verdades, os bens; [...] a percepção nos dá um logos em estado nascente, [...] ela nos ensina, fora de todo o dogmatismo, as verdadeiras condições da própria objetividade; [...] ela nos recorda as tarefas do conhecimento e da ação.

O método fenomenológico adotado neste estudo consistiu em mostrar como o profissional de saúde e o mundo-instituição onde ele está inserido, ao invés de serem “fatos” já constituídos para o sujeito, são constituídos pelo sujeito. Os “fatos sociais”, os “fatos institucionais” não são “dados” objetivos, ao contrário, são “constituídos” ou fundados pelos atos da consciência perceptiva do sujeito que ao mesmo tempo é imanente e transcendental. Segundo Capalbo (1996, p. 31), a fenomenologia proporrá uma nova maneira de abordagem, pois irá descrever as situações existenciais nas quais nós encontraremos correlatos o “logos” e a “práxis”, onde o homem será visto como pessoa que se exprime e se comunica pela sua expressão. O homem será distinto do animal irracional pela cultura que ele cria, e não pelo caráter social, pois deste os animais também partilham. Assim, o que é primeiro, na ordem da existência, não é a estrutura institucional, social, a sociedade, ou a vida social, mas o indivíduo radicalmente livre em sua atividade constitutiva.

Uma das formas de apreensão do mundo do outro, seja no momento de uma investigação ou no contexto da realidade da vida cotidiana, esta apreensão se

dá nas nossas experiências dos objetos de civilização ou de cultura, a exemplo de certas realidades físicas que só podem ser atribuídas aos homens, às instituições e aos modelos de ação. Todas estas coisas interpretadas testemunham a vida consciente dos homens que as criaram, produziram ou transformaram. Tais interpretações são objetos de intuição, indução e inferências, a partir de experiências vividas. Sem essas experiências, nenhum objeto ou acontecimento do mundo exterior se referiria ao mundo humano. Neste sentido, podemos entender a não apreensão diretamente da vida de consciência do outro em sua unidade vida. O outro é então apreendido como uma pessoa de tipo ideal, tipo jamais idêntico a uma pessoa determinada ou a um grupo determinado de pessoas. O corpo próprio do outro é único, individual e privado.

## **4.2 O campo da pesquisa**

Ao descrever o campo de estudo inicio apresentando o campo de pesquisa e a seguir o contexto cultural onde se dá sua inserção. O campo de pesquisa foi um hospital de referência terciária para tratamento de doenças infecto-contagiosas, situado na cidade de Fortaleza, capital do Ceará, localizado na região Nordeste do Brasil. Esse hospital recebe usuários de todo o Estado. Foi criado em 31 de março de 1970, pela Lei nº 9.387, de 31 de julho, e integrado à Fundação de Saúde do Estado do Ceará (ex-FUSEC). Em 1990, vinculou-se à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, e, no momento, é uma instituição pública com capacidade para 111 leitos, mantida com recursos do governo do Estado e do Piso de Atenção Básica/Sistema de Informação Hospitalar – Sistema Único de Saúde (PAB/IH-SUS).

A finalidade da referida unidade hospitalar é prestar assistência aos usuários portadores de doenças infecciosas, ou que requeiram regime de isolamento, e possibilitar o treinamento e aperfeiçoamento de profissionais da área da saúde e de pesquisadores do Ceará para assistir essa clientela.

Em 1985, iniciou-se o atendimento a portadores do HIV/AIDS, com internamento, e em 1989, a assistência ambulatorial para HIV/AIDS. Passou em 1994 a Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) em HIV/AIDS e, em 1997, essa assistência foi ampliada, com o atendimento em regime de hospital-dia.

Essa instituição hospitalar tem como missão atuar no diagnóstico, tratamento, ensino e pesquisa de doenças infecciosas, como hospital de referência para doentes, estudantes, profissionais e pesquisadores de todo o mundo. Além de contar com a divisão Médica, de Enfermagem e do Serviço Social, subordinadas à Direção Técnica, presta serviços de caráter educativo, preventivo, assistencial e de apoio psicossocial e prima por assegurar um atendimento humanitário e de qualidade, acompanhando os avanços tecnológicos com profissionais capacitados e em parceria com outros hospitais, instituições de ensino, pesquisa e organizações atuantes no setor (HSJDI, 2000).

### **4.3 As questões éticas**

Definido o cenário de pesquisa, antes de iniciar o processo da produção dos dados, dei cumprimento às questões éticas. Posteriormente, após a qualificação, e feitas as modificações sugeridas pela Banca Examinadora, encaminhei o Projeto de Tese a ser desenvolvido como pré-requisito para a obtenção do título de doutor à Comissão de Ética do hospital, solicitando autorização para realizar a investigação, conforme descrito na Portaria 196/96. Após avaliar o projeto, essa comissão o encaminhou ao Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (COMEPE).

Com o Projeto de Tese qualificado pelo Programa de Pós-Graduação e aprovado pelo Comitê de Ética, fiz os primeiros contatos com a direção do hospital, apresentando-me como docente da Universidade Federal da Bahia e, no momento, discente regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – Curso de Doutorado. A seguir, entrei em contato com os coordenadores das diversas categorias de profissionais que atuam no hospital: médico, enfermeiro, assistente social, a fim de informá-los sobre minha intenção de investigar as experiências dos profissionais de saúde ao cuidar de uma pessoa que está morrendo.

Eles, por sua vez, informaram aos seus pares, em reuniões de coordenação, sobre a pesquisa que seria realizada e a possibilidade da pesquisadora estar presente nas reuniões e unidades do hospital, quando

necessário. A Coordenação de Recursos Humanos do hospital também foi convidada para participar das atividades programadas relacionadas à investigação.

Cumpridas as questões éticas, o passo seguinte foi a produção de dados para essa investigação, iniciada com minha inserção no cenário de estudo como pesquisadora.

#### **4.4 Os sujeitos da pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida no hospital, em setores diversos, e com vários profissionais de saúde, pertencentes à categoria de enfermeiras e assistentes sociais, pois a apreensão do sentido e significado do corpo próprio não se restringe a determinado tipo de profissional. Como critérios foram considerados: atuar junto do doente portador de doença incurável confirmada por diagnóstico médico, terminal ou não; ter interesse de estudo sobre o processo de morte e morrer; possuir idade entre 21 e 50 anos; não ter vivenciado episódio de parada cardiorrespiratória; não ter diagnóstico médico de doença crônico-degenerativa; não ter sido vítima de traumas físico, mecânico, químico, elétrico ou térmico; dar consentimento informado para participar da pesquisa, após ter atendido aos critérios éticos da Portaria 196/96, que rege a pesquisa com seres humanos.

O quantitativo dos sujeitos e as categorias a serem envolvidas foram determinados durante o processo de coleta, tomando como critério a repetição dos discursos sobre o recorte do tema em estudo – processo de saturação teórica. A escolha desse critério segue a metodologia da pesquisa fenomenológica, uma vez que, como afirmam Martins e Bicudo (1994), para esta o quantitativo não está relacionado com a representatividade numérica e sim com a apreensão do fenômeno em sua essência. Os profissionais tiveram liberdade de escolher o local para a entrevista, seja no espaço assistencial ou não. Entretanto, em virtude da facilidade de locomoção, todas as entrevistas foram feitas no hospital.

Ao ouvir as descrições dos sujeitos durante as entrevistas, na transcrição das fitas gravadas com seus depoimentos, na separação em unidades de sentido e significados, e no agrupamento dessas unidades em áreas temáticas, pude perceber a essência do fenômeno pesquisado. A descrição é um relato de alguém que sabe

alguma coisa para alguém que não sabe; não se trata de uma redação ou um relatório. Na posição de pesquisadora, desconheço as sensações do sujeito que vivencia o corpo próprio ao cuidar do outro que está morrendo. É preciso este sujeito descrever as próprias sensações, como ele percebe o corpo próprio, e não apenas saber quais são suas idéias, sua opinião, mas mostrar aquilo que sente, o que está experienciando, vivendo. A descrição se dá na experiência do sujeito que vivencia a situação. Foi dessa maneira que o fenômeno situado do corpo próprio se iluminou e se desvelou para mim.

#### **4.5 As técnicas e instrumentos de coleta dos discursos**

Os procedimentos dessa investigação foram orientados de acordo com Bogdan e Biklen citados por Lüdke e André (1986, p.11-13), que apresenta as principais características da pesquisa fenomenológica. São as seguintes: Primeira - a pesquisa é naturalística; segunda - tem dados descritivos; terceira - a preocupação é com o processo; quarta - ela é indutiva; quinta - a questão da significação é essencial.

A primeira característica refere-se ao ambiente natural como fonte direta dos dados e ao papel do pesquisador, como instrumento-chave. Conforme esses autores, a compreensão das circunstâncias particulares nas quais se inserem os fenômenos em estudo supõe contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente natural onde eles ocorrem. A justificativa para o pesquisador manter contato estreito com a situação onde os fenômenos ocorrem naturalmente é a de serem estes influenciados pelo contexto. Por proceder de outro Estado, senti a necessidade de estreitar as relações com o campo de pesquisa. Promovi, então, palestras e oficinas para facilitar minha inserção no campo.

Em cada atividade divulgava a pesquisa e procurava voluntários. Das oficinas realizadas, emergiu a CUIDADOTECA – Cuidado Transdisciplinar Especializado em Corpo como Consciência. Os temas construídos para cada oficina são apresentados a seguir: Oficina 1 - Corporificando a Consciência para Cuidar do Corpo, com o objetivo de ampliar a consciência, para ter acesso pelo corpo ao mundo vida próprio e do outro, que se dá pelo toque, pelo olfato, pelo olhar, por tudo que se relaciona com o mundo. Nesta oficina será desenvolvida a técnica da escuta

sensível, com a finalidade de mergulhar no silêncio interior, para sentir em cada célula a complexidade da condição humana, observando o corpo como um animal humano na busca do que tem de particular e único e o que impede e facilita a vida de se realizar pelo seu corpo físico-biológico. Na prática no contexto do Sistema Único de Saúde prepara o profissional para fazer acolhimento e avaliação e classificação de risco; Oficina 2 - Cuidar do Corpo na experiência humana de adoecer, com o objetivo de compreender o homem como um ser em potencial para atualizar-se na experiência da morte e do morrer, para cuidar do Ser manifesto no corpo físico-biológico. Tem como pré-requisito ter participado da primeira oficina. Nesta segunda oficina será desenvolvida a técnica da percepção flutuante com a finalidade de ampliação da consciência perceptiva para sentir o vazio interior e descobrir a partícula divina, o Eu Verdadeiro, a essência do corpo físico-biológico, o Espírito Humano. Na prática no contexto do sistema Único de Saúde prepara o profissional para fazer clínica ampliada; Oficina 3 - Cuidar na Experiência Humana da Morte e do Morrer, com o objetivo de compartilhar o sentido e o significado sobre a morte e o morrer. Tem como pré-requisito ter participado da primeira e segunda oficina. Nesta terceira oficina será desenvolvida a técnica do ninho do ser do próprio corpo e do corpo do outro com a finalidade de libertar o corpo físico-biológico, com amor e compaixão, para ter acesso ao mundo pela consciência perceptiva, e agir de tal maneira que não se acrescente mais sofrimento ao corpo e nem ao mundo. Na prática no contexto do Sistema Único de Saúde prepara o profissional para o cuidado paliativo e limites de suporte de vida; Oficina 4 - Ressignificando o corpo na experiência humana do morrer, com o objetivo de vivenciar o vazio relacional e interacional como uma experiência interior de forma a alcançar o vazio criador que torna o ser humano co-criador do universo e do mundo da sua existência, integrando a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade para realizar o cuidado transdisciplinar. Tem como pré-requisito ter participado da primeira, segunda e terceira oficinas. Nesta quarta oficina será desenvolvida a técnica do observador supremo, que tem a finalidade de sentir a pura substância do corpo físico-biológico, e tornar-se um com Deus. Na prática no contexto do Sistema Único de Saúde prepara o profissional para cuidar do cuidador e fazer gestão de pessoas

O conjunto destas quatro oficinas foi denominado de CUIDADOTECA e assim definimos essa tecnologia como um espaço educativo e terapêutico para



motivar a pessoa interessada no autoconhecimento, pelo desenvolvimento do potencial do corpo humano, como ser vivo capaz de sentir amor e compaixão por si mesmo, pelo outro, pelo ambiente e por todas as formas de viver e morrer. Justifica-se o interesse dos profissionais de saúde, pacientes e seus familiares pelas oficinas e a motivação dos profissionais pelo curso, pois a comunidade do HSJ, convive com agravos a saúde pelo vírus HIV, vírus letal, ainda pouco conhecido pela medicina.

Após as oficinas com os profissionais de saúde, por solicitação da Coordenação de Recursos Humanos do hospital, realizei-as, também, com os trabalhadores de saúde, com os portadores de HIV/AIDS do ambulatório e com os acompanhantes dos doentes internados. No total, foram realizadas oito oficinas. Os voluntários foram chegando e os que preenchiam os critérios foram cadastrados. A seguir, agendava as entrevistas. Tornei-me conhecida pelas ações educativas desenvolvidas em relação ao cuidado transdisciplinar especializado em corpo como consciência.

A segunda característica refere-se ao aspecto essencialmente descritivo da pesquisa. Na descrição dos fenômenos – produtos de uma ação subjetiva que tem como base sua percepção num contexto – existe a preocupação de captar não só a aparência como também sua essência. Para adquirir a descrição dos fenômenos, utilizei a entrevista fenomenológica mediada pelas perguntas norteadoras: Como você chegou a cuidar de pacientes terminais? Como você sente o seu corpo cuidando dos pacientes terminais? Como adverte Capalbo (1991, p. 8), “neste tipo de entrevista o Homem é sacudido em seu eu no encontro com o outro e ele deve mudar a sua vida. O homem é colocado à prova no encontro e na entrevista esta prova é mútua”.

Superando a dicotomia de sujeito-objeto, neste momento busquei nos discursos dos sujeitos do estudo sobre a significação produzida pelo corpo próprio ao cuidar/cuidado do outro corpo próprio que está morrendo, através da entrevista fenomenológica. Constituiu-se em espaços de convivência, no hospital, para ouvir as falas e, vê os gestos dos profissionais de saúde sobre suas experiências vivenciais de cuidar do outro que está morrendo. Para Merleau-Ponty (1999, p.247) a fala não é o “signo” do pensamento, se entendemos por isso um fenômeno que anuncia o outro, como a fumaça anuncia o fogo, “na realidade, eles estão envolvidos um no

outro, o sentido está enraizado na fala, e a fala é a existência exterior do sentido”. É a relação entre um eu que fala e um outro que ouve, entre um eu que se mostra em gestos e um outro que vê um movimento, ou mesmo entre um eu e os seus pensamentos. Ainda, segundo Merleau-Ponty (1999, p. 247), as palavras só podem ser as ‘fortalezas do pensamento’ e o pensamento só pode procurar expressão se as falas são por si mesmas um texto compreensível e se a fala possui uma potência de significação que lhe seja própria. É preciso que a palavra e a fala deixem de ser uma maneira de designar o objeto ou pensamento para se tornarem a presença desse pensamento no mundo sensível e, não sua vestimenta, mas seu emblema ou o seu corpo.

Segundo o método fenomenológico a entrevista não é intervenção. É uma experiência vivencial voltada para os movimentos do corpo próprio do entrevistado, sua fala e seus gestos, pois estes para Merleau-Ponty (1999) revelam a corporeidade de uma consciência situada enquanto constituição de uma significação. Portanto, a consciência (corpo) enquanto tal está sempre em um mundo, possui uma linguagem que desvela a posição do sujeito no mundo de suas significações, o que quer dizer, o mundo mental ou cultural toma de empréstimo à vida natural as suas estruturas. Como consequência, o sujeito pensante deve ser fundado no sujeito encarnado, pois o corpo próprio se projeta nas coisas e para os outros.

O corpo humano é uma potência hábil em apropriar-se de gestos descontínuos, de falas significativas que ultrapassam seus poderes naturais. Realiza, assim, um ato de transcendência, abre-se a uma nova conduta e faz com que os testemunhos exteriores o compreendam. Para Merleau-Ponty (1999, p.263) é preciso reconhecer então essa potência humana de significar e, as significações agora adquiridas tenham sido significações novas. Neste sentido o filósofo ressalta que, a fala, se é autêntica, faz nascer um sentido novo, assim como o gesto dá pela primeira vez um sentido humano ao objeto, se ele é um gesto de iniciação. É preciso reconhecer então essa potência aberta e indefinida de significar – quer dizer, ao mesmo tempo de apreender e de comunicar um sentido – como um fato último pelo qual o homem se transcende em direção a um comportamento novo, ou em direção ao outro, ou em direção ao seu próprio pensamento, através de seu corpo e de sua fala.

Temos assim, no discurso da fala e do gesto dos sujeitos, uma evidência empírica que é o objeto de estudo. A experiência vivencial do corpo próprio do profissional de saúde que cuida de outro morrendo, situado em um contexto específico, o hospital, traz a peculiaridade de um mundo vivido. O meu interesse é apreender o sentido e o significado, não de uma vivência particular de um profissional de saúde, pois não estou à procura da subjetividade. É saber como diferentes os profissionais de saúde experienciam as situações de morte e morrer comum a todos eles.

Neste contexto escolhi a entrevista fenomenológica como um convite à comunicação. O número de corpos-sujeitos participantes da pesquisa foi definido durante o processo do estudo e suficiente para desvelar a essência do fenômeno pesquisado. Os depoimentos foram obtidos de profissionais pertencentes a duas categorias da área de conhecimento de saúde, que cuidam de indivíduos hospitalizados e que estão vivenciando a experiência humana do morrer, no total de dez entrevistados, dos quais, seis enfermeiros e quatro assistentes sociais.

Neste processo, segundo Gomes (1997) o corpo próprio do entrevistador se expressa ao formular as questões norteadoras, modifica-se, amplia-se, atualiza-se na interação com o entrevistado; deixa-se conduzir pela fala e pelos gestos do entrevistado; coloca-se no lugar no entrevistado para vê a situação do modo como ele vê; as diversas entrevistas realizadas levam o entrevistador a diferentes lugares de onde pode ver uma determinada experiência de várias perspectivas; essa visita a muitos lugares permite uma visualização clara de uma realidade; a diversidade de entrevistados traz variações de perspectivas que permitem uma compreensão mais nítida de um mundo vivido comum; os resultados permitem um retorno a este mundo real que serviu de base para muitas experiências e, com uma nova significação, propor modos alternativos de existência.

Alguns cuidados com a sequência da entrevista são recomendados por Gomes (1997) para facilitar e diferenciar as respostas dos entrevistados: iniciar a entrevista conversando sobre o presente; aos poucos desloca-se para acontecimentos passados e a seguir para projetos futuros; durante o diálogo é importante diferenciar sentimentos, conhecimentos, opiniões, valores e experiência; no final da entrevista, abre-se espaço para acréscimos ou comentários do

entrevistado. Chama atenção sobre o perfil dos entrevistados: há pessoas sempre prontas para falar e que estão envolvidas em um processo reflexivo intenso sobre sua condição existencial; outros movem-se lentamente e os depoimentos reveladores aparecem no final da entrevistas. Por isso, algumas vezes uma outra entrevista pode ser necessária para complementar a primeira e, também trazer elaborações ricas sobre o tema em foco.

Ainda em relação à entrevista é importante ressaltar mais uma vez Capalbo (1991, p. 6), que enfatiza a entrevista como significativa etapa do método fenomenológico: “A forma de acesso que o observador tem para ‘penetrar’ nos ‘objetos’ vividos ou ‘noemas’ é a empatia, ou seja, a compreensão intuitiva do vivido”. Neste sentido, a entrevista consiste em uma possibilidade, do corpo próprio do pesquisador e do entrevistado, realizarem um verdadeiro encontro existencial onde o dizer e o fazer tornam-se verdadeiros e são verdadeiros quando orientam segundo a essência das coisas. Aqui não há antes do tempo nem depois do tempo, tudo acontece dentro do tempo oportuno, a seu tempo, dentro do ritmo da própria existência. Podemos entender verdade aqui como adequação do dizer e do fazer às coisas, ao seu modo próprio de ser.

A terceira característica diz respeito ao processo como centro do interesse e não simplesmente o produto. De acordo com esta característica o pesquisador, ao estudar determinado problema, interessa-se em descobrir como ele se manifesta nas atividades, nos procedimentos e nas interações cotidianas das pessoas, a saber: as objetivações dos processos e as significações subjetivas graças às quais é construído o mundo intersubjetivo do senso comum. Esse foi um momento de adotar a atitude fenomenológica para fazer uma abordagem compreensiva, aquela que prima pela compreensão dos fenômenos investigados, e não pela sua explicação.

Em corroboração a Martins e Bicudo (1984) e Koizumi (1992, p. 36), a pesquisa fenomenológica tem abordagem indutiva, descritiva, desenvolvida da filosofia fenomenológica, cujo esforço é a compreensão das respostas globais do ser humano, não somente de partes ou comportamentos específicos. O objetivo da fenomenologia é descrever a experiência tal como ela realmente se apresenta. O pesquisador deve abordar o fenômeno a ser explorado sem expectativas ou

classificações preconcebidas. A meta é descrever a estrutura sistemática total da experiência vivida, incluindo o significado desta experiência para os indivíduos que dela participam. Para Carvalho (1991), o método fenomenológico tem por objetivo o que transcende as particularidades empíricas de que se investe o fenômeno como aparência. Em outras palavras, tem por objeto a “vivência” e não o fato psíquico ou o estado de consciência atual por meio do qual o fenômeno se dá. Caracterizando o fenômeno por esta transcendência, o saber buscado pela fenomenologia não é um saber “sobre” o fenômeno, mas “do” fenômeno. É denominada “redução fenomenológica”.

Diante desta característica, senti a necessidade de buscar o sentido da palavra compreensão nas fenomenologias de inspiração husserliana, ou seja, no sentido de uma percepção intencional, voltada para “as coisas mesmas”. Para isso estabeleci rigorosa distinção de algumas palavras utilizadas: explicação e compreensão; fato e fenômeno. Quanto à explicação e compreensão do ponto de vista filosófico, sobre esta distinção, segundo Japiassu e Marcondes (1996, p. 47), enquanto a explicação

constitui um modo de conhecimento analítico e discursivo, procedendo por decomposições e reconstrução de conceitos a compreensão é um modo de conhecimento de ordem intuitiva e sintética: uma procura determinar as condições de um fenômeno, a outra leva o sujeito cognoscente a identificar-se com as investigações intencionais.

Portanto a explicação quer dar conta das causas dos fenômenos, conhecer o seu “porquê” correlacionando-o aos efeitos. É uma concepção racionalista, própria para as ciências da natureza, com métodos positivistas. A compreensão, por sua vez, quer dar conta de entender interpretando os sentidos e significações dos fenômenos, conhecer o “como”, captando as relações entre eles. É uma concepção fenomenológica própria das ciências do homem. Como afirma Capalbo (1984, p. 56), “compreender um ato humano implica em compreender a plenitude de sua significação, em fazer aparecer a totalidade das suas conexões, das suas inter-relações em situá-lo na totalidade da experiência”. E ainda, conforme enfatiza Martins (1989, p. 24), o pesquisador consciente desta característica “substitui as correlações estatísticas pelas descrições individuais e as conexões causais objetivas pelas interpretações subjetivas oriundas as experiências vividas”.

Outra distinção importante para ser explicitada é a diferença entre fato e fenômeno, os quais, no rigor metodológico, não podem ser confundidos. Martins e Bicudo (1989, p. 21) advertem para o uso do termo “fato” nas pesquisas quantitativas enquanto “fenômeno” faz sentido preciso no âmbito da pesquisa qualitativa. Segundo Mora (1996, p. 284), este termo pode ser entendido de diferentes formas: vernacular, filosófico, social, histórico, físico. No seu sentido vernacular, diz respeito a “algo quando já está efetivamente feito, quando já está cumprido e não se pode negar sua realidade [...] é o resultado de um fazer [...] são realidades contingentes e só os fatos são realidades positivas”. Turato (2001, p. 247), porém, faz uma crítica epistemológica e afirma que os fatos na realidade “não se constituem por si, mas são constituídos e delimitados pela mente do homem, que pensa e relata o observado [...] é menos abrangente que a conceituação de fenômeno”.

Diferente do termo “fato”, o termo “fenômeno” tem sua origem no grego, *phainómenon*, derivado do verbo *phainesthai*, que quer dizer luz, brilho, claridade aquilo que se mostra a partir de si mesmo. Para Heidegger (2001, p. 58), fenômeno é “o meio em que alguma coisa pode vir a se revelar e a se tornar visível em si mesma”. Portanto, etimologicamente, segundo Mora (1996), a fenomenologia deriva de duas palavras gregas, *phainómenon* e *logos* (ciência e estudo). Significa a ciência do fenômeno que se revela por si mesmo, no discurso esclarecedor a respeito daquilo que se mostra ao investigador.

De acordo, no entanto, com Coelho Jr e Carmo (1991, p. 22), a fenomenologia inverte a orientação filosófica a que estão acostumados os pesquisadores, uma vez que, por ela, as coisas se manifestam como são sem que nelas sejam projetadas as construções intelectuais e assim “não somos nós que interferimos nas coisas: são elas que se mostram a nós, ou melhor, que se deixam revelar [...] tem como ponto de partida não negar a realidade do mundo exterior”. Nesta pesquisa, a tarefa é descrever e não explicar os fenômenos situados no contexto hospitalar, do corpo próprio do profissional de saúde ao cuidar do outro na experiência humana do morrer, na perspectiva do indivíduo que os vivencia tal como se apresenta à consciência.

A quarta característica refere-se à análise dos dados, cuja tendência é seguir um processo indutivo. Neste tipo de pesquisa não há, como na pesquisa

quantitativa, a preocupação em buscar evidências comprobatórias das hipóteses definidas antes do estudo. São os dados coletados que servem de base para o pesquisador, num processo de baixo para cima, desenvolver, em diferentes níveis de abstração, os conceitos e proposições que, interligados, fundamentam sua teoria. Cada entrevista realizada era logo transcrita e analisada. Para todas adotei a mesma sistemática de análise, executando os seguintes movimentos: a *epoché*, que consiste na atitude de nos abstermos de julgar com base em doutrinas de qualquer filosofia anterior e em levar a cabo todas as nossas descrições no âmbito de tal abstenção. Consiste, enfim, em relegar para segundo plano toda apreensão a *priori*, todo parâmetro externo, colocar a realidade e tudo isto entre parênteses.

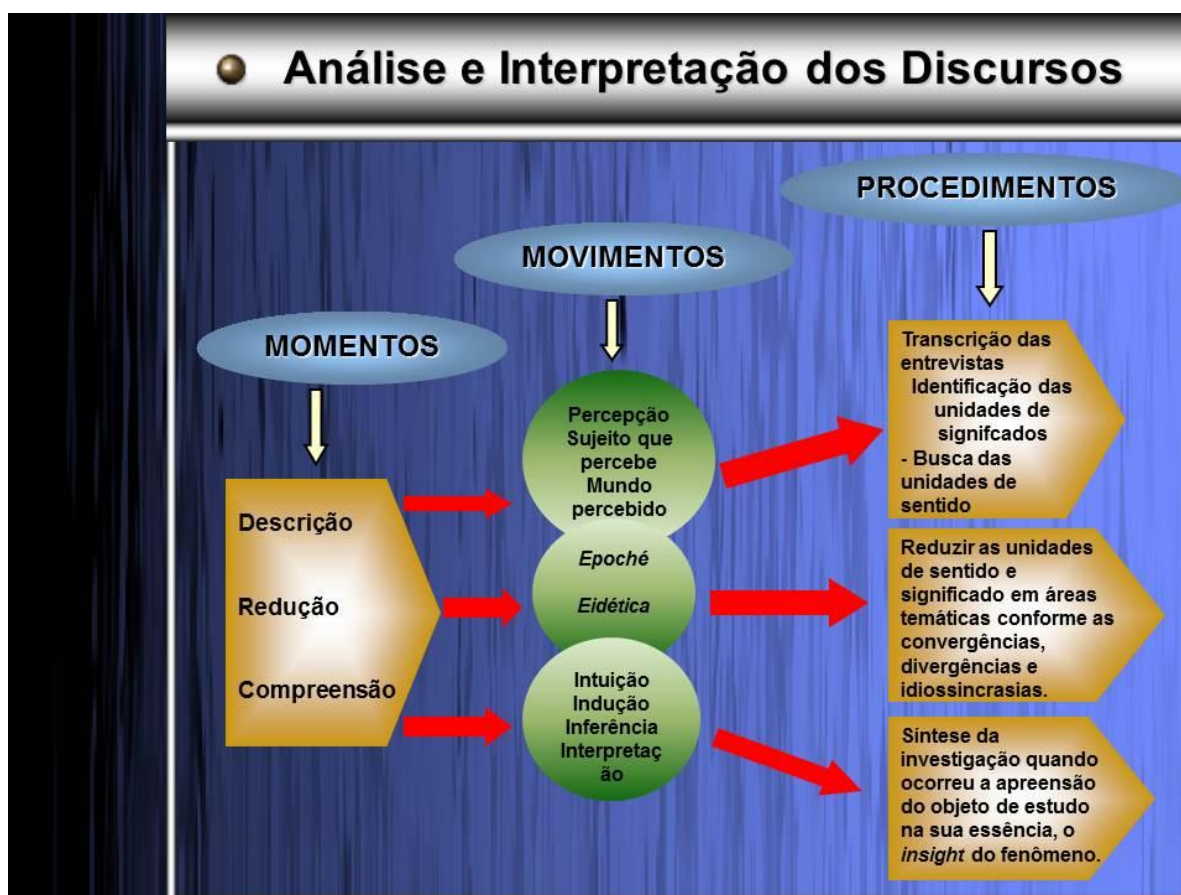
Nessa *epoché* o mundo natural não é neutralizado. Trata-se de uma suspensão da realidade quanto aos pressupostos, crenças e atitudes acerca do objeto de pesquisa, para reduzi-lo ao fenômeno. Essa abertura para o fenômeno pretende ser a mais “ingênua” possível, o que permite apreender o significado do fenômeno, a sua essência. Outro movimento é a redução eidética, o que permite chegar, por meio da experiência vivida, ao núcleo essencial, eidético. Tem por objetivo afastar o accidental, o variável, para ficar com o invariante, o essencial, com o eidos do fenômeno; é também conhecida como redução eidética. A essência, para Capalbo (1984) o núcleo eidético ou invariante é o esclarecimento, o que interessa, é a compreensão das significações essenciais ou as pesquisas eidéticas. Assim, a fenomenologia passou a ser definida por Husserl como ciência discursiva da essência da consciência e seus atos.

Nesse movimento, a redução, busquei identificar e selecionar quais as partes da descrição consideradas essenciais e aquelas que não o são, ou seja, para ter acesso ao fenômeno, devemos retirar nossa “atitude natural” usando a chamada variação imaginativa. O pesquisador reflete sobre as partes da experiência que parecem possuir significados e imagina cada parte como presente ou ausente na experiência, até reduzi-la ao essencial para a existência da consciência, da experiência. É necessário, para que isso ocorra, segundo Coelho Jr e Carmo (1991), colocarmos, em suspenso primeiro este mundo, depois o julgamento que temos dele, do nosso “eu” e os atos deste “eu” julgador.

Sob a ótica de Merleau-Ponty (1999), é impossível uma redução completa, pois não somos espírito absoluto, somos ligados o tempo todo com o mundo, para

assim descrevermos e compreendermos os fenômenos. A partir dos depoimentos coletados e transcritos, realizei a redução, refletindo sobre as falas no intuito de extrair delas sua essência. Após várias leituras e releituras das descrições contidas nos depoimentos, e das unidades de sentido e significado, fui agrupando as unidades que possuíam um tema comum conforme a similaridade do seu conteúdo, levando à compreensão e interpretação das falas dos sujeitos na experiência vivida do corpo próprio ao cuidar do outro que está morrendo.

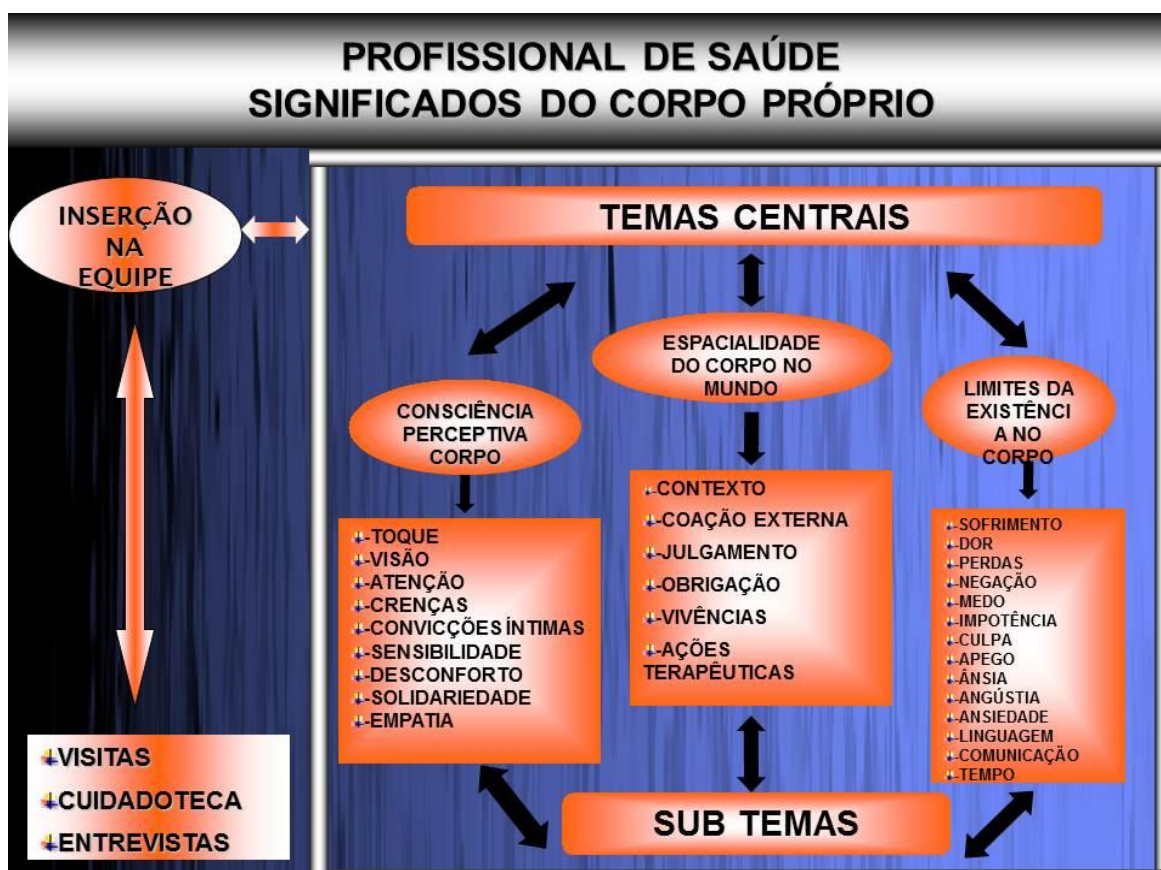
Para chegar à evidência das experiências, iniciei o campo perceptual disponível ao sujeito em todos os momentos. Dentro deste campo destaquei alguns aspectos mais impressionantes, os quais, aí presentes, se impõem à atenção. O objeto de estudo no conjunto total das descrições e reduções apresenta-se isolado mas, desde o início, como um objeto no horizonte. O quadro a seguir demonstra o caminhar da trajetória metodológica na investigação do fenômeno pesquisado, e indica graficamente os momentos, os movimentos e os procedimentos desta investigação.



Fonte: Fig 1 produzida pela autora da tese



A quinta e última característica possui como preocupação essencial o significado que as pessoas atribuem às coisas e às suas vidas. Os pressupostos considerados fundamento à vida das pessoas são os focos de atenção especial da abordagem qualitativa-fenomenológica. Em estudos deste tipo, há sempre uma tentativa de captar a perspectiva dos participantes. Neste estudo, as categorias ou as unidades de sentido emergiram de um conjunto de asserções significativas para mim, que também expressa a experiência do sujeito. Segundo observado por Silva (1995, p. 42), “a compreensão e a interpretação dos dados obtidos na pesquisa qualitativa baseiam-se no referencial filosófico escolhido, onde não se deve perder de vista o sentido originário daquilo que funda o gesto, a linguagem e os objetos da cultura dentre outros”. Neste momento vivenciei o desafio maior por ter escolhido o método fenomenológico para pesquisar: visar as unidades de sentidos que começaram a se desvelar como consciência perceptiva do corpo, espacialidade do corpo no mundo e limites da existência no corpo. Ainda nesse momento, pude ver o invariável, a essência originária da verdade no sentido de desvelamento e descobrimento. O diagrama seguinte apresenta graficamente este momento.



Fonte: Fig.2 produzida pela autora da tese

#### 4.6 Interpretação dos discursos

Como pesquisadora, neste momento assumi os resultados das descrições e das reduções como um conjunto de asserções ou unidades de sentido e significado que apontassem para a experiência do sujeito, e para a consciência deste sobre o fenômeno. A princípio, tais unidades de sentido e significado são assumidas na linguagem do sujeito que descreve o fenômeno. Posteriormente são transformadas em expressões próprias do discurso que sustentam o que está sendo buscado. Para a investigação do fenômeno situado, portanto, daquele fenômeno posto diante dos meus olhos para a investigação, busquei as descrições da experiência pelos sujeitos da pesquisa.

Este caminho foi percorrido com cada sujeito entrevistado e tentei, então, transcender as particularidades empíricas de que se investe o fenômeno como aparência, representação. Em outras palavras, com vistas à percepção, primeiro elemento da descrição, procurei a sensação, o sensorial, o irrefletido e não o fato psíquico, emocional, espiritual ou o estado de consciência atual por meio do qual o fenômeno se dá. Mediante uso do método fenomenológico, minha intencionalidade foi ver o fenômeno em sua essência e não saber sobre o fenômeno. Evitei comparações, conclusões, críticas, julgamentos, ou outro tipo de manipulação. Num esforço de pensamento, utilizei a intuição, a indução e a inferência sobre o fenômeno, no sentido de busca, de onde se pode descobrir a essência – o ser fundamental – de fenômenos, tais como: percepção, sensação, imagem, linguagem não verbal. Assim a essência se definirá como uma consciência de impossibilidade, isto é, como aquilo que é impossível à consciência pensar de outro modo: o que poderia se suprimir, sem destruir o próprio objeto (DARTIGUES, 2002, p. 35).

A interpretação foi feita com base na intuição envolvendo a indução como um meio metódico de perceber certa conduta característica; se a indução envolve a intuição, inversamente a intuição não se faz no vazio, ela se exerce sobre os fatos, os materiais, os fenômenos postos à luz pela pesquisa científica. Não há dois saberes, para Merleau-Ponty (1989, p.62), mas dois graus diferentes de explicitação do mesmo saber. Desse modo, a fenomenologia de Merleau-Ponty está sendo utilizada como método para realizar a investigação do corpo próprio do

profissional de saúde ao cuidar do outro que está morrendo, como um ente presente e vivo a partir dos significados do corpo.

Ao interpretar os discursos emergiram as seguintes temáticas: 1. Consciência perceptiva do corpo; 2. Espacialidade do corpo no mundo; 3. Limites da existência do corpo. Essas temáticas, interpretadas e articuladas com as concepções de corpo próprio de Merleau-Ponty, são apresentadas no capítulo a seguir.

## 5 OS FENÔMENOS ELABORADOS: RESULTADOS DA PESQUISA

*Se eu fizer a pergunta que provoca me esforçarei por encontrar a resposta. Eu aceitarei o desafio corajosamente e desafiadoramente responderei a pergunta. Eu enfrentarei o meu desafio com o sangue fervendo, com o cabelo voando elétrico ao vento, com todo o meu ser. Sabendo que todo desafio é uma oportunidade, todo desafio traz uma dádiva, todo desafio está ali para servir-me ou não. A escolha é minha.*

*Amy Sophia Marashins*

### Temática 1 – Consciência Perceptiva do Corpo

O verdadeiro conhecimento faz-se pela ligação contínua entre intuição e razão, entre o vivido e o teorizado, entre o concreto e o abstrato. Desse modo, ao percorrer o caminho escolhido em direção ao sentido da morte e do corpo a ser desvelado em sua essência, busquei a ruptura com as atitudes naturais objetivistas que permeiam as questões epistemológicas e metodológicas, pois ao ampliar e desenvolver o seu sistema consciente o homem pode alcançar a consciência reflexiva e tornar-se, ao mesmo tempo, sujeito e objeto de sua observação (CHAUÍ, 1995, p. 117). Como sujeito do conhecimento, o homem reflete sobre as relações entre atos e significações e conhece a estrutura formada por eles. Essa estrutura é o corpo humano psicofísico, considerado por Merleau-Ponty (1999, p. 212-227-229) como

um sistema de potências motoras ou de potências perceptivas [...] não é objeto para um “eu penso”: ele é um conjunto de significações vividas que caminha para seu equilíbrio [...] transforma as idéias em coisas, minha mímica do sono em sono efetivo [...] se o corpo pode simbolizar a existência é porque a realiza e porque é sua atualidade [...] o corpo exprime a existência total, não que seja seu acompanhamento exterior, mas porque a existência se realiza nele. Esse sentido encarnado é o fenômeno central do qual corpo e espírito, signo e significação são momentos abstratos.

O sujeito do conhecimento neste estudo é o corpo próprio do profissional de saúde. Quando me refiro a ele, o faço na perspectiva merleau-pontiana do corpo

psicofísico e sexuado, o único a possuir a existência em si, pois guarda em sua estrutura orgânica a capacidade de se mover e perceber o espaço e as coisas que o circundam ao mesmo tempo. Não se trata de duas percepções: espacialidade e ser da coisa. Ela é uma só, compreendida quando a experiência do corpo próprio enraíza o espaço na existência. Para Merleau-Ponty (1999, p. 205), “ser corpo é estar atado a um certo mundo, e nosso corpo não está primeiramente no espaço: ele é o espaço”. Ao aprender essa concepção de corpo próprio deixo de lado, definitivamente, a concepção mágico-religiosa do corpo como invólucro do espírito e a visão mecanicista do corpo como uma máquina glorificada e animada pelo espírito, onde, em ambas, o ser do corpo se confunde o tempo todo, reforçando a dualidade entre matéria e espírito, quando, na verdade, o que importa é a essência dos fenômenos. Para isso, é preciso voltar “às coisas mesmas”, sem se deixar enganar e se iludir com suas aparências e suas impressões, principalmente quando se trata de cuidar do outro corpo próprio que está morrendo.

Ao me referir ao sexual do corpo próprio, enfatizo que não se trata do órgão genital, uma das partes do corpo próprio; tampouco me refiro à relação sexual como efeito desses órgãos genitais e nem à libido como um instinto, como naturalmente se concebe o sexual no contexto da realidade cotidiana. O sexual é o poder do corpo próprio de trazer em si a existência. Com esse poder torna-se um sujeito psicofísico com capacidade de enraizamento em diferentes ambientes dessa existência; de visar um outro corpo no mundo e não em consciência, e a ele se dirigir cegamente, sem entendimento algum norteados por idéias, ligando-se um corpo ao outro; com o enraizamento na existência e a visão do outro corpo próprio, ambos coexistindo no mundo, fixa-se por diferentes experiências e adquire estruturas de conduta, ajustando a ela uma conduta sexual, uma conduta de poder geral de ter acesso a mundos. Para Merleau-Ponty (1999, p. 219), “é a sexualidade que faz com que o Homem tenha uma história. Se a história sexual de um Homem oferece a chave de sua vida, é porque na sexualidade do Homem projeta-se sua maneira de ser a respeito do mundo, a respeito do tempo e a respeito dos outros Homens”.

É esse corpo próprio psicofísico e sexuado que exprime a existência total, porque integra a existência biológica (fisiologia) e a existência humana (psicologia) e jamais é indiferente ao seu próprio ritmo e nem é um mediador neutro. O corpo próprio não é apenas ponto de passagem, instrumento, veículo ou manifestação

peçoal: este retoma e recolhe em si aquela existência dada e anônima, dela extrai o seu sentido e a ela atribui uma significação. Para tanto, possui estruturas que lhe são próprias – a visão, a audição, a sexualidade e, especialmente, o cérebro humano, a percepção, a imaginação, a memória, a linguagem. Ao exprimir a existência total no corpo próprio, Merleau-Ponty (1999, p. 221) considera que “a vida corporal ou carnal e o psiquismo estão em uma relação de expressão recíproca, ou que o acontecimento corporal tem sempre uma significação psíquica”.

Nesse sentido, ao cuidar do outro corpo próprio que está morrendo, a existência total está expressa e significada nesse corpo e no corpo próprio do profissional de saúde. Imbuída dos ensinamentos da fenomenologia merleau-pontiana, desvela-se para mim uma atitude terapêutica do profissional de saúde para com o corpo próprio do doente morrendo. Esta não é a eutanásia e nem a distanásia. Tal atitude terapêutica permite ao doente que está morrendo apreender o corpo próprio do profissional de saúde e conceber abstratamente a morte com uma significação nova, sem que lhe sejam impostas as representações mágico-religiosas ou os conceitos racionalistas objetivistas, como os saberes reais. Conforme a nova significação compreende, o doente morrendo jamais está encerrado em si mesmo, pois nunca é inteiramente um morredor; o doente morredor jamais está absolutamente cortado do mundo intersubjetivo, nunca inteiramente morto. Essa atitude favorece o doente retornar ao seu mundo verdadeiro da sua própria essência. A essência do Eu Sou.

Essa atitude emerge dos corpos sensíveis do doente e do profissional de saúde e se estabelece pelas funções impessoais dos órgãos dos sentidos e da linguagem. Para isso é necessário o profissional de saúde desenvolver em si mesmo a intencionalidade de se dirigir ao doente, sentindo os estímulos que emanam do corpo próprio do outro sob seus cuidados, ao mesmo tempo que capta as sensações corpóreas e a elas atribui um sentido e significado em situação, na intersubjetividade desse contato de corpos existentes no mundo. O profissional de saúde que desenvolve essa atitude fenomenológica favorece uma significação da morte, da doença, do acidente e da velhice, à semelhança de um passo existencial e não como modalidade da consciência ou da vontade.

Esse passo existencial está apoiado na liberdade do corpo próprio encarnado e em situação, que permanece em estado de vigília, de saúde e de vida, aqui e agora. Assim, a doença não representa punição, castigo, sofrimento; a velhice não representa deterioração orgânica celular. Elas são a recusa de existir em si, no corpo próprio sexuado no mundo, a recusa do outro. O acidente e a morte, que surpreendem e horrorizam, são a recusa do corpo próprio de existir com sua potencialidade. Este é, então, arrancado da natureza transitiva dos fenômenos interiores, que se exteriorizam, se generalizam, são consumados, tornando-se situações de fato.

O corpo assim considerado constitui para Merleau-Ponty (1999, p.280), “um campo perceptivo presente e atual, uma superfície de contato com o mundo ou perpetuamente enraizada nele”. Esse campo perceptivo é preenchido de estímulos, reflexos, estalidos, de impressões fugazes, nem sempre possíveis de se correlacionar com exatidão ao contexto percebido, de forma a estabelecer uma relação de causa e efeito, porque esse saber tem de esperar sua realização intuitiva. Portanto, o sujeito do conhecimento, o profissional de saúde, que toma como referência seu corpo próprio fundamentado em Merleau-Ponty (1999, p.25), considera seu corpo como seu ponto de vista sobre o mundo, como um dos objetos desse mundo, e pelos órgãos dos sentidos capta a qualidade sensível dos outros objetos que o circunda, pois a “qualidade não é um elemento da consciência, é uma propriedade do objeto [...] e a análise descobre, portanto, em cada qualidade, significações que a habitam”, desvelando o surgimento de um mundo verdadeiro e exato. Nessas condições, o corpo vivo torna-se presente no mundo e tem um lugar familiar no sistema da experiência vivida, podendo, assim, alcançar a realização do saber intuitivo, o sentir, que é a comunicação vital com esse mundo percebido. Para Merleau-Ponty (1999, p. 84), “é a ele que o objeto percebido e o sujeito que percebe devem a sua espessura. Ele é o tecido intencional que o esforço do conhecimento procurará decompor”. A análise reflexiva estará segura de ter encontrado o centro do fenômeno se for igualmente capaz de esclarecer sua inerência vital – a intuição e a sua intenção racional.

Entre as atribuições cerebrais, a percepção, na fenomenologia merleau-pontiana, se reveste de importância peculiar, pois é considerada a iniciação ao mundo. Realiza-se no corpo e este não pode existir fora de um mundo, e o mundo, os objetos e o corpo formam um sistema no qual estão rigorosamente ligados. Essa

percepção no sentido pleno da palavra é diferente de imaginação e memória. Para Merleau-Ponty (1999, p. 61-63), significa,

apreender o sentido imanente ao sensível antes de qualquer juízo. O fenômeno da percepção verdadeira oferece portanto uma significação inerente aos signos e do qual o juízo é apenas a expressão facultativa [...] a percepção torna-se uma “interpretação” dos signos que a sensibilidade fornece conforme os estímulos corporais.

Ao desenvolver o movimento de voltar às coisas mesmas, para apreender o sentido e o significado do corpo próprio do profissional de saúde, ao cuidar do outro que está morrendo, o faço a partir da percepção do corpo próprio. Isto significa escrever sobre a verdade contida no conhecimento sensível e as sensações da vivência da experiência. A percepção neste estudo não é uma percepção intelectual [...] pela qual os dados inextensivos (as “sensações”) são postos em relação e explicados, de tal sorte que acabam por constituir um universo objetivo, como é de uso corrente o entendimento da percepção condicionado pelas influências do objetivismo. Para Merleau-Ponty (1989, p. 63), a experiência da percepção, isto é, o primado da percepção,

[...] nos põe em presença do momento em que se constituem para nós as coisas, as verdades, os bens; que a percepção nos dá um logos em estado nascente, que ela nos ensina, fora de todo o dogmatismo, as verdadeiras condições da própria objetividade; que ela nos recorda as tarefas do conhecimento e da ação. Não se trata de reduzir o saber humano ao sentir, mas de assistir ao nascimento desse saber, de nos torná-lo tão sensível quanto o sensível, de reconquistar a consciência da racionalidade, que se perde acreditando-se que ela vai por si, que se a reencontra, ao contrário, fazendo-a aparecer sobre um fundo de natureza inumana.

Assim, antes dela não há nada que seja espírito, nada que esteja constituído. A percepção, afirma Merleau-Ponty (1999, p. 65-66) é justamente este “ato que cria de um só golpe, com a constelação dos dados, o sentido que os une – que não apenas descobre o sentido que eles têm mas ainda faz com que tenham um sentido”. Então, o começo absoluto tem de estar no objeto exterior, é a própria consciência do objeto exterior.

Toda a vida da consciência dirige para algo, como afirma Merleau-Ponty (1999, p.109),



Já que ela só é consciência, quer dizer, saber de si, enquanto ela mesma se retoma e se recolhe em um objeto identificável [...] é preciso que reencontremos a origem do objeto no próprio coração de nossa experiência, que descrevamos a aparição do ser e compreendamos como paradoxalmente há para nós, o em si (p.109-110).

Portanto, a temática em análise vem mostrar a consciência perceptiva do corpo próprio do profissional de saúde na experiência de cuidar do outro morrendo. O lócus privilegiado serão os sentidos corpóreos: tato, visão, audição, e as sensações, que são maneiras do corpo próprio ter acesso aos objetos, desvelados conforme as diferentes perspectivas apreendidas das unidades de significado dos discursos dos sujeitos desse estudo.

O corpo próprio do profissional de saúde, ao se direcionar para o corpo próprio do outro que está morrendo, pelos órgãos dos sentidos, capta o estímulo originado da qualidade sensível do corpo próprio do outro que está morrendo, estímulo este sentido apenas como uma solicitação vaga. Assim, o doente morrendo, que a partir do seu corpo próprio se constitui o sensível que vai ser sentido, apresenta para o profissional de saúde uma espécie de problema confuso. É nesse momento que o profissional de saúde precisa encontrar uma atitude capaz de propiciar o meio de se dirigir ao outro, cegamente, sem nenhuma idéia a norteá-lo.

Mas do corpo próprio percebido ou sentido, o do doente morrendo, subtendido pelo olhar do profissional que o percorre e o habita, existe no corpo próprio do profissional de saúde uma excitação, uma vibração vital, uma sensação, passando o estímulo que era do outro a existir em si. É um momento em que o profissional de saúde se apropria da sua história individual e, como a sensação é uma reconstituição, ela supõe no corpo próprio do profissional de saúde os sedimentos de uma constituição prévia, Eu Sou, como sujeito que sente, inteiramente pleno de poderes naturais com os quais o profissional de saúde é o primeiro a se espantar. A partir dessa consciência perceptiva do Eu Sou, ele pode determinar-se e tornar-se cuidador, encontrando uma resposta para uma pergunta mal formulada, realizando, assim, o movimento de cuidar.

A excitação transmite reações e o corpo próprio do profissional de saúde, como intermediador entre ele e si mesmo, entre ele e os outros, entre ele e o mundo, raramente é um mediador neutro, conforme Merleau-Ponty (1999) afirma,

A função do organismo na recepção dos estímulos é, por assim dizer, a de “conceber” uma certa forma de excitação. Portanto o “acontecimento psicofísico” não é mais do tipo da causalidade “mundana”, o cérebro torna-se o lugar de uma “enformação” que intervém antes mesmo da etapa cortical, e que embaralha, desde a entrada do sistema nervoso a relação entre o estímulo e o organismo. A excitação é apreendida e reorganizada por funções transversais que a fazem assemelhar-se à percepção que ela vai suscitar (p. 115).

A excitação provoca a sensação e ocorre porque aquele que sente, o corpo próprio do profissional de saúde, e o sensível, ressalta Merleau-Ponty (1999, p. 288), “não estão um diante do outro como dois termos exteriores e a sensação não é uma invasão do sensível naquele que sente”. É o olhar do profissional de saúde que subentende essa troca entre o sujeito da sensação e o sensível. O corpo próprio do profissional de saúde antecipa-se aos estímulos e desenha ele mesmo a forma que vai perceber. Isso significa que a qualidade sensível, as determinações espaciais dos corpos e a presença ou ausência de uma percepção não são efeitos da situação de fora do corpo próprio do profissional de saúde, mas representam a maneira pela qual ele vai ao encontro dos estímulos e pela qual se refere a eles.

Essa apreensão descrita à luz de Merleau-Ponty emergiu do depoimento do profissional de saúde – o sujeito da sensação, e pelo sentido da visão do corpo próprio do outro morrendo – o sensível, a sensação percebida foi descrita como chocante e soube onde a dor era sentida pelo doente:

*... foi muito chocante... eu percebia o paciente... percebia a família... eu percebia o contexto... pela sensação talvez, porque eu sabia que a dor era lá... (DEMÉTER).*

O corpo próprio do profissional de saúde utilizou o termo chocante ao se perceber diante do corpo próprio do outro que estava morrendo. Vale ressaltar que o sujeito da sensação não é “nem pensador que nota uma qualidade, nem um meio inerte que seria afetado e modificado por ela; é uma potência que co-nasce em um certo meio de existência ou se sincroniza com ele” (p. 285). Esse termo chocante expressa a sensação intencional, pois segundo Merleau-Ponty (1999, p. 288) a sensação

não repousa em si como uma coisa, mas visa e significa para além de si mesma. Mas o termo que ela visa só é reconhecido cegamente pela familiaridade de meu corpo com ele, não é constituído de plena clareza, mas reconstituído ou retomado por um saber que permanece latente e que lhe deixa sua opacidade e sua ecceidade. A sensação é intencional porque encontro no sensível a proposição de um certo ritmo de existência – abdução ou adução – e porque, dando seqüência a essa proposição, introduzindo-me na forma de existência que assim me é sugerida, reporto-me a um ser exterior, seja para abrir-me seja para fechar-me.

Em relação à familiaridade do corpo próprio do profissional de saúde com o termo por ele utilizado para expressar a sensação, ela traduz o processo do organismo na busca da homeostase, a dependência do meio interno e a prontidão deste que contribui para manter vivo e em movimento o corpo próprio do profissional de saúde. A constância do meio interno é a condição para a vida livre e independente.

Todos os mecanismos dos organismos vivos, não importa sua diversidade, têm um único objetivo: o de manter constantes as condições de temperatura, pressão e energia do meio interno, para o funcionamento desta estrutura orgânica, complexa: o corpo próprio. As excitações e sensações ocorrem em face de uma demanda que aciona um extraordinário sistema de mensagens transmitidas por hormônios, impulsos nervosos que fazem saber, às várias estruturas do corpo, quais são suas necessidades a cada momento. De acordo com Merleau-Ponty (p. 285), “as relações entre aquele que sente e o sensível são comparáveis às relações entre o dormidor e seu sono: o sono vem quando uma certa atitude voluntária repentinamente recebe do exterior a confirmação que ela esperava”.

As necessidades de cada momento do corpo próprio do profissional de saúde são sentidas na relação de cuidar/cuidado do corpo próprio do outro que está morrendo. Esse funciona sempre como fonte de estímulos, responsável pela geração das excitações e sensações, direcionando o corpo próprio do profissional de saúde a utilizar seus atributos, que o caracterizam como organismo vivo: respiração, circulação, responsividade, adaptabilidade, digestão, absorção, assimilação, excreção, movimento, crescimento, reprodução. Esses atributos delineiam uma resposta para manter a homeostase do meio interno, a qual, associada a outros elementos da consciência perceptiva, condiciona um padrão de resposta, nesse caso, o choque.

Após o choque, e estabelecida a homeostase do meio interno, esse mesmo profissional de saúde percebe outra sensação, principalmente pela visão, e também pelo tato, sentindo a necessidade de cuidar/cuidado. Ao se encontrar diante do corpo próprio do outro que estava morrendo, e ao olhá-lo, a sensação de frio manifestou-se em seu corpo próprio, e não lhe passou despercebida. Relacionou, então, o que sentia ocorrer com seu meio interior – a sensação de frio – com o que via acontecer no meio exterior.

*... eu acredito que realmente era frio ... isso porque eu percebia os pés dela ... essa sensação foi a mais próxima ... eu achava que ela tinha frio ... eu deixava ela calçada eu sempre achava que os pés dela estavam frios ... então os meus pés gelam muito e eu durmo sempre de meia... (DEMÉTER).*

Em ambos os depoimentos o sentido da visão e do tato, inerente ao corpo próprio do profissional de saúde, está aguçado, captando estímulos que conduzem o corpo próprio a uma sensação, construindo, assim, um padrão de resposta humana. A visão, que antes predominou para direcionar a consciência perceptiva a voltar-se sobre o corpo próprio ao sentir o choque, foi substituída pelo sentido do tato, quando percebeu seus pés e se deu conta de estarem frios, e o cuidado adotado para si adota para o outro. O elo afetivo, então, se fortalece e evolui para o apego, pois após esta ação de cuidar/cuidado de calçar meias nos pés do outro, como faz com seus próprios pés, substitui a sensação de frieza e gelo pela sensação de segurança e conforto, na presença do outro agora calçado. A relação afetiva transformou-se em relação de apego. A partir daí, ela pode usar o outro como uma base segura para atuar como profissional de saúde, independente de existir reciprocidade nesta relação.

O corpo próprio do profissional de saúde está agora em evidência. Na relação de apego estabelecida com o corpo próprio do outro que está morrendo, ela aguçou o sentido da visão sobre si mesma e agora pode ver o sofrimento próprio e o do outro. Está envolvida e preocupada com o corpo próprio do outro que está morrendo, apesar de encontrar-se fora do contexto específico onde se deu a relação, e continua a ação de cuidar/cuidado a distância.

A experiência da consciência perceptiva vivenciada pelo corpo próprio do profissional de saúde o faz acreditar-se capaz de resolver o problema dos pés frios

do corpo do outro que está morrendo comprando as meias. Alimenta assim a relação de apego. Com isso, o sofrimento se instala. O corpo próprio do profissional de saúde continua a utilizar o sentido da visão e olha para os próprios pés. A ação de cobrir os próprios pés desvela que o corpo próprio do profissional de saúde está confuso e vivenciando uma ambivalência: ele se confunde com o corpo próprio do outro que está morrendo. A ação de aquecer os pés é repetida para si mesmo, na tentativa de que esta ação também funcione para ele. Ao realizar sozinha este cuidar/cuidado, o efeito não é o mesmo que o fez para o outro, e então, ao olhar para os próprios pés, a sensação de frio se transforma em dor e ele não vê a si mesmo e sim ao outro. Ao afastar o olhar sobre seu corpo próprio e direcioná-lo para o corpo próprio do outro que está morrendo, ele evita a própria dor, mas a sensação de segurança se instala e junto com ela o sofrimento, pois o apego induz à falsa convicção íntima de que ela pode controlar a própria dor e a dor do outro.

Durante o desenvolvimento humano, o tato/toque é uma das primeiras manifestações a estabelecer contato com o contexto específico onde está inserido. É pelo tato/toque que a criança começa a estabelecer contato com os objetos ao redor. O profissional de saúde pega, toca, afaga, aperta, realiza vários movimentos para explorar o objeto, até poder atribuir-lhe um sentido e um significado, traduzidos por meio da linguagem. Como a criança que se deixa guiar pelos sentidos, segundo observo, os depoimentos desvelam o profissional de saúde, deixando-se guiar pelos sentidos, executando o cuidar/cuidado, uma ação terapêutica, a partir da consciência perceptiva do seu corpo próprio e não apenas a partir de uma intelectualização ou normatização, conforme se desvela no depoimento a seguir:

*... sinto aquela necessidade de afago de passar alguma coisa pra ele ...*  
(VILA).

*... eu particularmente sinto muita necessidade de afagar (**gagueja**) eu ... eu me permito muito de abraçar... pegar na mão do paciente... apertar, não sabe? Essa criança, esse menino de 14 anos ... apertar assim o bracinho dele... (VILA).*

Conforme percebo, ao escutar o depoimento da experiência humana do morrer do outro, o profissional de saúde sente a dificuldade de se expressar pela fala, gagueja, pois sabe que no contexto específico, onde o seu corpo próprio e o

corpo próprio do outro que está morrendo estão inseridos, agir a partir da sensação corpórea indica um comportamento emotivo e empírico e, por isso, reprimido e punido. É preciso, então, estimular e assegurar a continuidade da revelação dos seus depoimentos. Assim, protegidos pelo sigilo da pesquisa, confiantes no pesquisador, eles conseguem encontrar as palavras e continuam a desvelar o sentir corpóreo, mesmo com dificuldade de expressão,

*... então assim é muito diferente quando eu digo mexe...então isso mexe muito com você... (DURGA).*

Em outra situação de cuidar/cuidado do corpo próprio do outro que está morrendo, o profissional de saúde tem a sensação, em seu corpo próprio, de um peso desconfortável. Ao se referir à sensação, sua fala chama a atenção, pois é atropelada, entrecortada, buscando palavras para dar nome, para comunicar algo. Esta linguagem construída a partir do corpo próprio muitas vezes permanece sem palavras que lhe traduzam algum significado. Seu sentido, porém, está expresso de forma corpórea e não verbal, se manifesta no silêncio e no movimento do corpo próprio, situado tridimensionalmente no tempo e no espaço.

*...a respiração fica difícil, ... (barulho) ... a musculatura fica enrijecida ... nas pernas... muito peso... a dor... sinto dor... a dor... sente dor, cansaço... (SULIS).*

*... que deixa um vinco aqui (passa a mão no espaço entre as sobancelhas) como se estivesse... (DURGA).*

Sem palavras para comunicar alguma coisa, basta o gesto de afagar, tocar com sensibilidade, ampliando um dos seus sentidos: o tato. Entretanto esse profissional de saúde priva a comunicação gestual do seu corpo próprio de tocar o corpo próprio do outro que está morrendo, e permanece no silêncio e no desejo,

*...eu ficava as vezes vendo isso, sentindo isso...e eu sentia muita dor quando eu olhava para ele...quando eu olhava para ele e via o paciente...eu ficava as vezes vendo isso, sentindo isso... (DEMÉTER).*

Dos sentidos humanos, um dos mais desenvolvidos é o tato, principalmente pelas mãos e pelos braços. A mão é incomparavelmente a parte do corpo próprio do profissional de saúde mais utilizada para desempenhar ações

terapêuticas do cuidar/cuidado, em especial, do corpo próprio do outro que está morrendo. Quando nada mais resta a fazer, as mãos seguram, amparam, afagam. Elas também podem ver, conforme expresso em um dos depoimentos. Segundo revela o corpo próprio do profissional de saúde, existe um conhecimento do tocar, de ver com as mãos. Na tradição judeu-cristã, as mãos representam o conhecimento, o poder, a autoridade, o sopro do amor. Na psicanálise, as mãos são comparadas aos olhos porque podem ver. É um ver material que precisa ter nas mãos o objeto a ser conhecido. Por isso os cegos têm dedos luminosos. Por serem desprovidos do sentido da visão, eles enxergam pelo tato.

*... eu tinha visto uma pessoa morrer, nas minhas mãos, morrer mesmo ...*  
(VILA).

Outro sentido presente em um dos depoimentos do profissional de saúde é a visão, ao descrever, a partir do corpo próprio, como vê a dor provocada pelo fenômeno da morte. O corpo próprio é um organismo vivo que funciona como uma totalidade. Quando determinado sentido é aguçado, todos os outros também o são, mesmo se não pudermos nos dar conta. Diferente do ver com as mãos, o ver com o olho humano significa ter uma visão que unifica o olhar dualístico voltado para o exterior e permite o corpo próprio do profissional de saúde olhar e ver com o coração. Na tradição judeu-cristã, se o humano possui um par de olhos é para chegar à visão de Deus. Os olhos são os símbolos ígneos de atenção e intenção. Como ressalta Miranda (2000), o organismo humano retém na memória cerca de 11% do que ouve, 3% do que cheira, 2% do que toca e 1% do que degusta, mas pode memorizar cerca de 83% do que vê. É a visão o sentido que reúne a maior quantidade de pontos de referência para o corpo próprio do profissional de saúde se movimentar na execução da ação terapêutica do cuidar/cuidado.

*... via expressão de dor daqueles filhos e marido ...* (VILA).

*... lembro que de madrugada eu passei, dei uma olhada ... uma olhada em todas as crianças para ver se estava tudo bem ...* (VILA).

*... extremamente preocupada ... eu vou presenciando ... eu que vi que meu pai estava morto ...* (DURGA).

Por reunir a maior quantidade de pontos de referência e por unificar o olhar dualístico, observo no depoimento do corpo próprio do profissional de saúde que em algumas situações é melhor fechar os dois olhos, e buscar nos sonhos, na voz interior, a visão capaz de trazer conforto e alívio. É o momento do corpo próprio do profissional de saúde fazer silêncio, prestar atenção às lágrimas que emanam da fonte dos olhos, expressando o choro, sem o qual não podemos crescer, pois as lágrimas junto com os olhos são uma porta de entrada de dados para a matriz cerebral.

*... vi aquela mãe triste chorando, chorando, chorando ...ela tá passada estes dias todos ... (silêncio) (VILA).*

O corpo próprio do profissional de saúde só é conhecível por ele mesmo pela sensação à qual o outro corpo próprio que está morrendo não pode ter acesso, da qual não se pode ter qualquer experiência concreta. Dessa forma, a consciência perceptiva do corpo próprio do profissional de saúde é impenetrável para o outro; é também impossível para ele, pela sensação de representar como o outro que está morrendo sente o próprio corpo. Assim, a experiência da consciência perceptiva da morte do outro, vivenciada pelo corpo próprio do profissional de saúde, é, na realidade, a consciência perceptiva da própria morte. Essa afirmação fundamenta-se em Merleau-Ponty (1996, p. 55) quando ele ressalta

[...] nosso corpo não tem o poder de fazer-nos ver aquilo que não existe; ele pode apenas fazer-nos crer que nós o vemos. A lua no horizonte não é e não é vista maior do que no zênite: se a olharmos atentamente, por exemplo através de um tubo de cartolina ou de uma luneta, veremos que seu diâmetro aparente permanece constante.

Segundo revela a experiência da consciência perceptiva pelos sentidos do corpo próprio do profissional de saúde ao cuidar do outro corpo próprio que está morrendo, especialmente o tato e a visão, podemos realizar um mergulho profundo sobre o fenômeno da própria morte a partir do ponto de vista do corpo próprio, considerando que esse corpo “é o espelho do nosso ser e por isso exprime a existência total porque a existência se realiza nele. Esse sentido encarnado é o fenômeno central do qual corpo e espírito, signo e significação são momentos abstratos” (p.229). Ao assumir o corpo próprio do profissional de saúde como sendo essa unidade expressiva colocada pelo filósofo, é possível aprender a conhecer o fenômeno da própria morte que essa estrutura vai comunicar a si mesma ao comunicar-se com a estrutura que está morrendo. Entretanto é preciso reaprender a



sentir o corpo próprio utilizando as funções sensoriais a ele inerentes, lembrando que elas por si sós são instrumento de estimulação da excitação corporal e não a própria experiência da consciência perceptiva.

A experiência da consciência perceptiva desvelada pelo corpo próprio do profissional de saúde pelos sentidos do tato e da visão descortina o espetáculo visível da própria morte, pois ao cuidar do outro corpo próprio que está morrendo o corpo próprio do profissional de saúde se envolve, incorpora a si seus instrumentos e suas sensações e os faz participar da estrutura original do seu corpo próprio. Assim o corpo próprio de profissional de saúde forma com o outro que está morrendo um sistema animado e alimentado com um saber subjetivo e intersubjetivo sobre o fenômeno da morte e do morrer que antecede os determinados pelo mundo cultural e pelo mundo social. A partir do seu corpo próprio, o profissional de saúde observa o corpo próprio do outro que está morrendo, que se constitui o exterior, e na ação do cuidar/cuidado ele manipula, inspeciona, dá a volta em torno do corpo próprio do outro e nesse movimento percebe que, ao seu corpo próprio não o observa ele mesmo, e, para isso acontecer, é necessário conforme salienta Merleau-Ponty (1999, p. 135), “dispor de um segundo corpo que não seria ele mesmo observável [...] e deve haver na apresentação do corpo próprio algo que torne impensável sua ausência ou mesmo sua variação”.

Esse algo passível de favorecer o profissional de saúde considerar impensável a ausência ou mesmo a variação do seu corpo próprio é a morte/morrer do corpo próprio do outro. Para Merleau-Ponty (p.137), o corpo próprio do profissional de saúde só é reconhecível pelas sensações duplas, pois, como afirma o filósofo, “quando toco minha mão direita com a mão esquerda, o objeto mão direita tem essa singular propriedade de sentir, ele também”. Dessa forma, as mãos podem alternar-se na função de “tocante” e “tocada” e de uma forma ágil e viva lançar-se em direção ao objeto para explorá-lo. Ao sentido do tato, isto é, o corpo tátil na expressão do filósofo, acontece o mesmo, pois,

Se posso apalpar com a mão esquerda a minha mão direita enquanto ela toca um objeto, a mão direita-objeto não é a mão direita que toca: a primeira é um entrelaçamento de ossos, de músculos e de carne largado em um ponto do espaço, a segunda atravessa o espaço como um foguete para ir revelar o objeto exterior no seu lugar.

Quanto ao sentido da visão ou corpo visual, a cabeça é delimitada pela extremidade do nariz e pelo contorno das órbitas enquanto o corpo visual é objeto nas partes distanciadas da cabeça. Para Merleau-Ponty (p.136),

Embora veja ou toque o mundo meu corpo não pode no entanto ser visto ou tocado. O que o impede de ser alguma vez objeto, de estar alguma vez “completamente constituído” é o fato de ele ser aquilo por que existem objetos. Ele não é tangível nem visível na medida em que ele é aquilo que vê e aquilo que toca.

Assim, o corpo próprio do profissional de saúde ao cuidar do outro que está morrendo surpreende-se a si mesmo do exterior prestes a exercer uma função de conhecimento sobre o fenômeno da própria morte. Ao tocar o corpo do outro morrendo, ele tenta tocar-se tocando; ao olhar, ele tenta ver a si mesmo. Dessa maneira, segundo Merleau-Ponty (p.278),

Será preciso despertar a experiência do mundo tal como ele nos aparece enquanto estamos no mundo por nosso corpo, enquanto percebemos o mundo com nosso corpo. Mas, retomando assim o contato com o corpo e com o mundo, é também a nós mesmos que iremos reencontrar, já que, se percebemos em nosso corpo, o corpo é um eu natural e como que o sujeito da percepção.

Nos depoimentos nos quais a consciência perceptiva está relacionada às crenças, segundo observo, o corpo próprio do profissional de saúde adquiriu um conhecimento da morte como uma viagem obrigatória, para fazer uma passagem motivada por doença, pela velhice ou por acidente. Essa crença delimita o começo da existência no nascimento e o seu final por ocasião da morte, constituindo o ciclo vital. A crença da morte como o fim de uma existência traz o significado de uma perda, principalmente a perda do corpo próprio, que dá acesso a mundos e, sem essa estrutura orgânica funcional do corpo próprio, ocorre a perda das relações, a perda dos sentidos, a perda do prazer. A morte, então, significa jamais apreciar uma comida, ouvir uma composição musical, ou segurar as mãos de quem se ama e juntos sorrir e chorar. Nessa perspectiva, da perda do corpo próprio, a vida terrena está acabada e outra vida começa além da morte, em um lugar desconhecido, caracterizando, assim, uma passagem.

*... mas quem já passou sabe ... mas a gente sente aquela coisa vinda daqui de dentro ... (coloca as mãos espalmadas no peito) (VILA).*

*... porque eu parto do princípio que todos nós vamos fazer essa mudança ...*  
(DEMÉTER).

A crença na morte como o fim da existência (a viagem) e começo de outra além da morte (a passagem) está associada ao sofrimento ocorrido no período da transição, isto é, o período que antecede a morte, quando o profissional de saúde sente a solidão e a dor da perda do corpo próprio, que ele crê ser mais profunda se existir um forte vínculo afetivo entre ele e o outro que está morrendo. Nessa relação de cuidar/cuidado, o profissional de saúde vivencia a experiência da consciência perceptiva da própria morte e o sofrimento se instala por não suportar sentir a crença no término da sua vida terrena e a certeza da perda de algo muito importante – o corpo próprio. Então, faz uma projeção da solidão e da dor para o corpo próprio do outro morrendo, e crê que é o outro que está vivenciando essa experiência perceptiva de morrer.

*... eu não sou uma pessoa muito extrovertida, de demonstrar o sentimento ... eu não sou de chorar quando estou ouvindo uma história ... é uma questão de um sentimento muito profundo ...* (DURGA).

Além da projeção, faz uma intelectualização e passa a considerar a morte como um fato natural, vindo da exterioridade, como um acidente arbitrário e injusto para o qual ninguém está preparado. Dessa forma alivia a solidão e a dor provocadas pela crença da morte como fim da existência e se coloca no nível do intelecto, cujas explicações soam racionais e abertamente como se não houvesse nenhuma experiência perceptiva da própria morte.

*... eu sou forte porque tenho uma visão muito bonita da morte .... pela minha fé, pela minha experiência de vida, uma coisa melhor e tudo ...* (DURGA).

*... então eu não sou uma pessoa de me descabelar ... então assim eu não sou uma pessoa que lida com problemas ... eu penso muito mais na vida enquanto for vida pra eu aprender e aproveitar..eu tenho muita confiança que isso ajuda, entendeu ...* (DURGA).

Apesar dos mecanismos de defesa utilizados, como a projeção e a intelectualização, a experiência da consciência perceptiva da própria morte é sentida no corpo próprio do profissional de saúde como um sofrimento que ocorre durante a transição, período correspondente ao processo de morrer, antecedente à morte.

Esse sofrimento é adquirido da cultura e da sociedade, de acordo com as quais a morte é um escândalo, um terror, é absurda e insensata. Inserido no mundo social e cultural que possui essas referências sobre a morte, legitimado por seus semelhantes, o corpo próprio do profissional de saúde, por meio da educação, das relações e do convívio social, sofre a influência desses mundos. Apesar de possuir a autonomia da interioridade subjetiva, a produção do significado do processo de morrer como sofrimento não é resultante de um instante pontual do “eu” mas de toda uma história do “eu”, uma história que, necessariamente, é constituída por processos interpretativos adquiridos dos mundos natural, social e cultural onde o corpo próprio do profissional de saúde está inserido.

A crença da morte como fim da existência terrena e começo de outra, construída mediante coordenadas estabelecidas pelo mundo intersubjetivo do corpo próprio do profissional de saúde, admite o sofrimento durante o processo de morrer como uma facticidade evidente por si mesma e compulsória. Por mais que não se deseje esse sofrimento, ele existe e é sentido como depressão ou ansiedade, que o leva a estabelecer mecanismos de compensação, como comer muito, falar demais e outros. Atribui importância e relevância ao sofrimento, mais do que à morte, pois admite o sofrimento como verdade absoluta sem, contudo, refleti-la e analisá-la. Volta-se para o processo, pois acredita ser possível tentar evitar ou aliviar o sofrimento se determinados comportamentos e atitudes forem mudados, se outros forem introduzidos, se situações de riscos forem evitadas ou se forem desenvolvidos conhecimentos científicos, mágicos e milagrosos capazes de promover a cura.

É durante o processo de morrer, principalmente no período de transição, que o corpo próprio do profissional de saúde sofre, diante da consciência perceptiva da própria morte, a ansiedade e a depressão evidenciando forte ambivalência em relação ao seu corpo próprio, pois ele admite a certeza da morte, embora ainda esteja incerto quanto à sua inevitabilidade: a morte é uma presença que ainda não chegou para ele. A incerteza parece a mais difícil experiência a ser enfrentada pelo corpo próprio do profissional de saúde ao cuidar do outro que está morrendo, pois ele constata que o corpo próprio é e não é a própria alma. Como se o centro de gravidade pudesse se inclinar ora do lado do corpo, ora do lado do espírito e, assim, nem o corpo nem o espírito coincidem com o verdadeiro Eu. A meu ver, a partir

desse ponto, a alma se conhece pelo corpo próprio, como o inteligível só é conhecido por meio do sensível.

Após a análise da crença da morte como fim da existência terrena e começo de outra, observo que o corpo próprio do profissional de saúde utiliza-se de mecanismos de projeção, intelectualização, associação e recordação para negar a experiência perceptiva da própria morte. Ignora o corpo próprio e se instala no corpo próprio do outro, nas doenças, nas coisas, procurando na crença explicações de causa e efeito para o fenômeno da morte, ao invés de reconhecer a experiência de cuidar/cuidado do outro como fonte inteiramente próxima e como última instância de nosso conhecimento a respeito da própria morte e da experiência que já temos dela. Para Merleau-Ponty (1996, p. 38), “a significação do percebido é apenas uma constelação de imagens que começam a reaparecer sem razão. As imagens ou sensações mais simples são, em última análise, tudo o que existe para se compreender”. As imagens evocadas nesta pesquisa foram viagem, perda e passagem; e as sensações foram solidão, dor, depressão, ansiedade. Essas imagens e sensações precisam ser reconhecidas como o início e o fim de todo o conhecimento sobre a sua própria morte e a do outro, pois para Merleau-Ponty (p.38),

As sensações e as imagens que deveriam iniciar e terminar todo conhecimento aparecem sempre em um horizonte de sentido, e a significação do percebido, longe de resultar de uma associação, está ao contrário pressuposta em todas as associações, quer se trate de uma sinopse de uma figura presente ou da evocação de experiências antigas. Nosso campo perceptivo é feito de “coisas” e de “vazios entre as coisas”

O conhecimento sobre a própria morte iniciado a partir da consciência perceptiva significa a aquisição de um conhecimento realizada com base na experiência vivida pelo corpo próprio e não mais fundamentada em um mundo de idéias preconcebidas ou metafísicas. A consciência perceptiva supõe que o corpo próprio possui em torno dele um meio onde já estão inscritas todas as explicitações e todas as confrontações necessárias para o conhecimento da própria morte e estaremos fundando ou inaugurando o conhecimento sobre a morte a partir de um lugar de verdade, do mundo da nossa existência, e não mais por associações, projeções ou transferências. Para Merleau-Ponty (1999, p.114), “só posso compreender a função do corpo vivo realizando-a eu mesmo e na medida em que sou um corpo que se levanta em direção ao mundo”.

Inspirada por esse filósofo, percebo o corpo próprio do profissional de saúde como o corpo vivo a realizar ele mesmo o cuidar/cuidado do corpo próprio do outro que está morrendo. Por isso é um corpo que se levanta em direção à morte e torna-se, então, o centro da consciência perceptiva da própria morte, que o outro corpo próprio que está morrendo o faz descobrir como um substrato de funções anônimas e pré-pessoais, as quais constituem a naturalidade e a facticidade do seu corpo próprio. O ato de atenção em relação às crenças é um momento em que a própria morte do profissional de saúde sai de um horizonte indeterminado e assume um horizonte determinado, sem ser necessário a doença, a velhice, ou o acidente. Nesse sentido, de acordo com Merleau-Ponty (1999, p. 59),

O ato de atenção acha-se enraizado na vida da consciência, e compreende-se enfim que ela saia de sua liberdade de indiferença para dar-se um objeto atual. Essa passagem do indeterminado ao determinado, essa retomada, a cada instante, de sua própria história na unidade de um novo sentido, é o próprio pensamento. A obra do espírito só existe em ato.

A experiência da consciência perceptiva da morte do corpo próprio do profissional de saúde, isto é, a morte em si, independente de doença, velhice ou acidente, é possível, pois o corpo próprio do outro que está morrendo é um núcleo irreduzível de realização da morte, com cores, odores, sabores, qualidades táteis e sonoras que são próprias da transformação do corpo vivo em corpo morto. Esse núcleo irreduzível de realização da morte pelo corpo próprio do outro envia ao profissional de saúde estímulos que o remetem de volta a momentos mais pessoais, mais individuais e íntimos consigo mesmo: as crenças construídas no espaço-tempo da sua existência, cujo início está delimitado pelo nascimento, quando o profissional de saúde se encontra no mundo com certa constituição psicofísica, com um conjunto de funções perceptivas, de atitudes, de montagens que ele não constituiu e, nem escolheu, mas que simplesmente lhe são dadas e continuam a formar o terreno natural e anônimo sob o qual se fundamentará toda a construção pessoal da sua existência.

Essas crenças constituem o *logos* dos movimentos nascentes no corpo próprio do profissional de saúde e nunca são processos cegos: elas se ajustam a um sentido da situação, exprimem a orientação do profissional de saúde quanto ao comportamento e à ação em relação ao cuidar do outro corpo próprio que está morrendo. As crenças desenham a estrutura da morte do corpo próprio do

profissional de saúde sem esperar pelas estimulações pontuais do seu corpo próprio para a realização da sua própria morte.

O corpo próprio e o fenômeno partilham de uma mesma experiência vivida, cuja expressão se dá por meio da linguagem escrita ou falada e, dificultada, ao mesmo tempo, por uma significação de palavras que não dão conta do vivido. Na opinião de Merleau-Ponty (1999, p.250),

Está muito claro que a fala constituída, tal como opera na vida cotidiana, supõe realizado o passo decisivo da expressão. Nossa visão sobre o homem continuará a ser superficial enquanto não remontamos a essa origem, enquanto não reencontramos, sob o ruído das falas, o silêncio primordial, enquanto não descrevemos o gesto que rompe o silêncio. A fala é um gesto, e sua significação um mundo.

Nos depoimentos nos quais a consciência perceptiva aparece relacionada às convicções íntimas, observo que a crença na passagem ou na viagem para manter a continuidade da vida, além da morte, porém, em um lugar desconhecido, gera o sofrimento, diante da dúvida e da incerteza, pois morrer é uma experiência única jamais repetida, e tudo o que sabemos sobre a morte é o que ouvimos sobre a experiência de quem assiste o outro que morre. O corpo próprio do profissional de saúde ao cuidar/cuidado do outro corpo próprio que está morrendo encontra no corpo próprio do outro a referência da sua própria morte, porém o ponto de referência não é só externo, não está só no outro.

*... eu me percebia cuidando dela porque estava mais trabalhada (risos) mais experiente ... eu me percebia assim como uma cuidadora ...*  
(DEMÉTER).

De alguma forma o seu corpo próprio também sabe que sabe, pois sente algo que vem de dentro e esta sensação lhe dá a certeza de conhecer e reconhecer este fenômeno da morte, a despeito de não ter presenciado alguém morrer. A experiência da consciência perceptiva da própria morte é condicionada à estrutura orgânica humana – o corpo próprio, pois a estrutura orgânica inumana não se sabe mortal, mesmo que de alguma forma possa captá-la no plano da sensibilidade. É uma marca da humanidade. Esta estrutura orgânica é a única, entre todas as estruturas orgânicas vivas, a saber que sua existência é limitada, terminal, factual.

Nessa existência no mundo natural e dentro da realidade do mundo social e do mundo cultural que lhe é dado, o corpo próprio do profissional de saúde e o corpo próprio do outro que está morrendo co-existem, formulam projetos e avaliam ações. Eles constroem o senso comum, a atitude natural, produzindo e construindo uma grande variedade de representações em torno da morte do seu corpo próprio e do corpo próprio do outro. Com a perspectiva da morte, ambos tendem a repensar sua existência, a colocar novos questionamentos. A atitude natural é, então, reformulada.

*... eu tenho uma coisa comigo que quando estou deprimida ou alguma situação assim, fico extremamente gulosa, meu apetite ... (DURGA).*

*... eu tenho outra coisa em mim que é tipo eu ficar preocupada, ansiosa chateada .... eu já passei por muita coisa e sou forte, eu sou forte ... (DURGA).*

A atitude natural é reformulada conforme a convicção íntima que dá ao corpo próprio do profissional de saúde uma certeza, que põe ordem e clareza na insegurança e no caos provocados pelo fenômeno da morte em sua existência. Conhecer só não basta. É preciso ter a certeza de saber o que sabe sobre o fenômeno da morte. Com essa certeza, com esta convicção íntima, o corpo próprio do profissional de saúde ao cuidar do corpo próprio do outro que está morrendo lida com a perspectiva da própria morte que significa a perda da sua individualidade e da dissolução do seu corpo próprio vivo em um corpo próprio morto – o cadáver.

Diante da dissolução do corpo próprio e da perda da individualidade do outro que está morrendo sob seus cuidados, o profissional de saúde sente horror, transformado em perturbações causadas dentro das coordenadas da atitude e do mundo natural, pois engloba realidades aparentemente heterogêneas: os funerais, o sepultamento, a decomposição do cadáver e a obsessão da morte, principalmente quando existe a convicção íntima sobre a ocorrência da morte para todos, independente da nossa vontade, em um tempo e em um espaço desconhecidos. Ninguém sabe como vai morrer, se de acidente, doença ou velhice. Qualquer uma das formas, no entanto, gera sofrimento, e o corpo próprio que está morrendo é muitas vezes mais preparado para vivenciar o processo de morrer do que o corpo próprio que continua existindo em movimento, animado.



Esse preparo do corpo próprio que está morrendo é o controle da crise do conhecimento da sua morte iminente, isto é, ele admite a ameaça da morte, mas ainda está incerto quanto a sua inevitabilidade. Para o corpo próprio que está morrendo, a incerteza parece ser a experiência mais difícil a enfrentar. Por isso o corpo próprio do profissional de saúde observa que esse controle é um mecanismo de defesa. Até que o corpo próprio que está morrendo e o que está cuidando saibam que espécie de ação é adequada nessa circunstância da iminência da morte, perdem a relação temporal conhecida e passam a existir em suspenso em um intervalo entre a vida e a morte. Este intervalo pode durar horas, dias, semanas, meses ou anos. É quando se inicia a trajetória da morte, o processo de morrer, que se instala o sofrimento.

Esta crise do conhecimento da morte leva o corpo próprio do profissional de saúde e o que está morrendo a vivenciar várias fases, classificadas por Kübler-Ross como negação, raiva, barganha, depressão, aceitação. Essas fases são intercaladas, se inter cruzam e se sobrepõem. Embora não aconteçam de forma linear, se movimentam conforme o corpo próprio do profissional de saúde se movimenta, colocando-se em diferentes posições na relação consigo mesmo, com o outro e com o mundo.

As convicções íntimas são as aparências da realidade do mundo natural cristalizadas como verdades absolutas construídas para poder lidar com o fenômeno da facticidade do corpo próprio – a morte. O corpo próprio do profissional de saúde começa agora a desvelar a experiência da consciência perceptiva da morte e do morrer na subjetividade e intersubjetividade, pois essa experiência não se constitui um processo isolado meramente subjetivo, mas um processo interpretativo e, portanto, intersubjetivo, adquirido no mundo social e cultural.

A unidade temática da Consciência Perceptiva é apresentada no diagrama a seguir:



Fonte: Fig 3 Produzida pela autora da tese

## Temática 2 - Espacialidade do Corpo no Mundo

Este é o segundo tema que emergiu dos depoimentos. O espaço ora considerado não é um espaço geométrico passível de ser medido com o metro quadrado, uma área ocupada. Trata-se do espaço existencial. Há vários tipos de espaços além do geométrico: do sonho, do primitivo, do mito, do esquizofrênico, do alucinado, entre outros. Nesse estudo o corpo próprio do profissional de saúde é o espaço onde efetuará seu enraizamento em um mundo e constituirá um ambiente. Por esta razão, conforme declara Merleau-Ponty (1999, p. 292) acerca deste espaço, ele “é aquele que compõe a cada momento nossa maneira própria de projetar o mundo”.

A realidade da vida cotidiana do corpo próprio dos profissionais de saúde para Berger e Luckmann (1993, p.38), aparece já objetivada, isto é, “constituída por uma ordem de objetos que foram designados como objetos antes da entrada do indivíduo na cena”. Portanto, a existência voluntária e racional do corpo próprio do profissional de saúde é um acontecimento coletivo, misturado a outros corpos próprios que se constituem uma potência e impedem a realização de movimentos mais amplos e mais livres, o que deixa sempre uma frustração, um vazio, uma

carência, uma insatisfação, “um esboço no ar”. Essa existência é o resultado da consciência perceptiva, ou seja, uma “percepção em situação”, pois está relacionada com os contextos existenciais específicos que são dados ao indivíduo no momento do seu nascimento e da sua morte.

Estes fenômenos representam a entrada e a saída, respectivamente, do indivíduo na existência espacial do corpo próprio. Segundo Merleau-Ponty, correspondem a um tempo natural que está sempre aqui. Por isso, de acordo com esse autor (1999, p. 290), “se eu quisesse traduzir exatamente a experiência perceptiva, deveria dizer que ‘se’ percebe em mim e não que eu percebo [...] toda a percepção acontece em uma atmosfera de generalidade e se dá a nós como anônima”. Neste sentido, o nascimento e a morte só são apreendidos como horizontes pré-pessoais, isto quer dizer, sei que se nasce e se morre, porém não posso conhecer a experiência nem do meu nascimento nem da minha morte, pois elas pertencem a um mundo de generalidades que se dá a nós como anônimas. Sobre isso, afirma Merleau-Ponty (1999, p. 291): “Entre minha sensação e mim há sempre a espessura de *um saber originário* que impede minha experiência de ser clara para si mesma”. Portanto só posso me apreender como “já nascido” e ainda “vivo”.

No processo do seu desenvolvimento, o indivíduo, a partir do corpo próprio, é mantido na existência pessoal por um tempo não constituído por ele mesmo que lhe é dado. Logo, no caso do corpo próprio do profissional de saúde, sua consciência perceptiva, como apresentada no capítulo 4, perfila-se sobre um fundo de natureza. Para Merleau-Ponty (1999, p.465),

Enquanto percebo, e mesmo sem nenhum conhecimento das condições orgânicas de minha percepção, tenho consciência de integrar “consciências” sonhadoras e dispersas, a visão, a audição, o tato, com seus campos que são anteriores e permanecem estranhos à minha vida pessoal. O objeto natural é o rastro dessa existência generalizada. E, em primeiro lugar, todo objeto será, em algum aspecto, um objeto natural, ele será feito de cores, de qualidades táteis e sonoras, se ele deve poder entrar em minha vida.

Esse fundo de natureza é o seu corpo próprio, cuja estrutura orgânica permiti-lhe no processo da existência ir constituindo o mundo percebido, mediante parâmetros ou quadros de referências graças aos quais elabora o significado da experiência de cuidar/cuidado do corpo próprio do outro que está morrendo. Estes quadros são internalizados pelos indivíduos por processos concretos de interação

social. Neste aspecto, os padrões culturais utilizados pelos indivíduos para interpretar determinado episódio da experiência humana do morrer são criações sociais, ou seja, são processos de definição e interpretação construídos intersubjetivamente. Assim, para apreender o sentido do corpo próprio dos profissionais de saúde no cuidar/cuidado do corpo próprio do outro que está morrendo, é necessário levar em conta tanto seus aspectos subjetivos, o que determina um mundo de diferenças interpretativas, a partir do corpo próprio, como seus aspectos intersubjetivos, o que o torna “*objetivo*” para si mesmo e para os outros.

Neste tema agrupei todos os aspectos passíveis de ser analisados a partir da perspectiva da espacialidade do corpo na existência do mundo percebido dos depoimentos do sujeito: contexto, coação externa, julgamento, obrigação e vivências e ações terapêuticas.

O corpo próprio do profissional de saúde ao cuidar/cuidado do outro que está morrendo existe em um contexto específico: o mundo-instituição onde trabalha, o qual está inserido em uma sociedade, que também possui suas normas e conceitos em relação ao fenômeno da morte/morrer compartilhados por todos os integrantes do mesmo grupo com o mesmo marco cultural. Ele, portanto, está condicionado a este contexto e assim a objetividade alcançada a partir da sua introspecção – a consciência perceptiva – se converte em um fato subjetivo, pois falar de morte/morrer na sociedade onde vive é considerado um tabu. Quem vivencia a experiência humana do morrer assistindo o outro que morre não pode se manifestar e falar abertamente desta experiência, em virtude da coação externa provocada pelo grupo social que impõe a lei do silêncio.

*... de colocar, não é querer colocar claro ... quem tá lá não tá podendo dizer sua experiência .. (VILA).*

*... eu já tive experiência na família do meu pai, do meu sogro, do meu irmão ... o meu sogro era mesmo que ser meu pai e eu soube enfrentar ... quando eu vou trabalhar um adolescente, um adulto jovem da idade dos meus filhos 18, 20 e 21 anos ... (DURGA).*

*... lembrando aquele momento que tive de dar o resultado de HIV a uma menina que acabou de entrar na UNIFOR ... é muita carga em cima do profissional ... assim procuro um relacionamento com meu marido da melhor*

*forma possível ... com meus filhos, com as pessoas com quem convivo, com quem trabalho ... (DURGA).*

Diante desta coação externa e da subjetividade por ter perdido sua objetividade, porquanto não pode validar a consciência perceptiva pela comunicação no seu próprio grupo, o corpo próprio do profissional de saúde não mais considera sua obrigação fazer alguma coisa pelo outro corpo próprio que está morrendo. Também já não sabe o que fazer e o grupo nada sugere. A confusão se estabelece, pois o corpo próprio do profissional de saúde se encontra percebendo várias perspectivas de um mesmo fenômeno captadas pelo seu corpo próprio, na relação com o corpo próprio do outro que está morrendo e na interação com o contexto específico onde ambos estão inseridos.

*... a gente sabe que às vezes não é por conta da gente mas da própria paciente ... (SULIS).*

*... com a doença ele vai percebendo essa finitude ... (DEMÉTER).*

Por não reconhecer estas várias perspectivas e sentindo a necessidade de resolver o conflito gerado por esta confusão na sua atuação como profissional de saúde, seu corpo próprio submete-se a uma coação externa mais ampla, ou seja, uma realidade que impõe a todos a doença e a morte. Assim ele se tranqüiliza para continuar atuando como profissional de saúde, porque agora a doença e a morte deixam de ser algo intrínseco, que não pertence ao corpo próprio e nem é inerente à condição humana, para ser algo que vem de fora. Significa que ainda se pode tentar evitar ou ao menos atrasar se determinados comportamentos e atitudes forem abandonados ou negados para outros serem introduzidos. A morte e a doença passam a ser algo que nos é dado externamente.

*... então esse sofrimento, muitas vezes além do sofrimento, da dor ... eu cuidei deste paciente na unidade, inclusive foi assim chocante ... eu tava vindo de outros hospitais clínicos ... e nunca tinha tido essa experiência de trabalhar com paciente com doenças ... que não tinham cura ... (DURGA).*

A experiência da consciência perceptiva vista sob a perspectiva do contexto e da coação externa desvela a relação com o mundo e nele podemos encontrar e compreender o corpo próprio do profissional de saúde que se abre para

o cuidar/cuidado do outro corpo próprio que está morrendo. Essa abertura ocorre quando ele se define e define o outro no processo de morrer e na morte como uma conduta a ser realizada no mundo, como uma certa tomada de posição sobre o mundo natural, social e cultural que rodeia a ambos.

Para Merleau-Ponty o corpo próprio é, antes de tudo, um sistema, onde diferentes aspectos interoceptivos e exteroceptivos se exprimem reciprocamente, e que comporta, ainda, relações com o espaço. A experiência da consciência perceptiva não é uma experiência vivida como se o corpo próprio fosse um bloco isolado; é, sim, uma experiência vivida como um esquema postural de referência, para o corpo próprio situar a posição da sua existência no mundo para si mesmo, em relação à direção vertical, à horizontal e à inter-relação que se coordena no meio em que ele está inserido. Os domínios sensoriais, principalmente os visuais e os táteis, como visto no capítulo 4, são de interesse para a experiência perceptiva do corpo próprio em si mesmo, o que corresponde à direção da verticalidade, isto é a interoceptividade e não se oferecem ao corpo próprio como regiões estranhas umas às outras, mas apresentam-se interligadas uma à outra formando um sistema.

*...porque ainda era de menor, tinha 17 ou 18 anos na época... (SULIS).*

Assim, formando um sistema, o corpo próprio do profissional de saúde não é um conglomerado de sensações. Quando ele assume o fenômeno da própria morte ao cuidar de outro morrendo, é possível descobrir um todo que já se projeta com um significado próprio e mais do que a sensação é o todo, que constitui o fundamento da experiência perceptiva do morrer. Considerando a horizontalidade, isto é, a exteroceptividade, o outro é percebido como um corpo visual que é interpretado pela noção que o profissional de saúde tem do seu corpo próprio, que aparece, então, como o invólucro visível de um outro esquema corporal; há aí uma impregnação postural do corpo próprio do profissional de saúde pelas condutas de que ele testemunha e assume no processo de morrer do outro dotado de

intencionalidade, como ser-no-mundo-morrendo, e consegue captar o outro corpo próprio como um diferente do seu, percebendo-o como corpo próprio encarnado.<sup>6</sup>

Entretanto, a princípio, análise da experiência perceptiva da própria morte ao cuidar do corpo próprio do outro que está morrendo encontra dificuldade de princípio, porque conforma o mundo cultural de uma consciência vista do exterior, de um pensamento que reside no exterior e que, aos olhos da consciência do profissional de saúde, já está sem sujeito e anônimo.

A presença do outro morrendo é um fato para o profissional de saúde e é preciso, que esse outro morrendo, seja de alguma forma compreendido ou vivido pelo corpo próprio do profissional de saúde, para que esse possa aceitá-lo. Merleau-Ponty esclarece que para o outro corpo próprio morrendo existir realmente para mim, é necessário que a existência não seja simplesmente consciência de existir por intermédio do corpo, mas que esse olhar do outro possa trazer também uma existência na qual o corpo próprio do profissional de saúde perceba intencionalidades, posicionamentos diferentes do dele, isto é, o corpo próprio do outro morrendo expressa algo diferente daquilo que o corpo próprio do profissional de saúde sente ou percebe.

O filósofo Merleau-Ponty assevera claramente que:

[...] pela reflexão fenomenológica encontro a visão não como 'pensamento de ver', segundo a expressão de Descartes, mas como o olhar em posse de um mundo visível e é por isso que aqui pode haver para mim um olhar de outrem, esse instrumento expressivo que chamamos de rosto, pode trazer uma existência assim como minha existência é trazida pelo aparelho cognoscente que é meu corpo (1999, p. 471).

Esse olhar do corpo próprio do outro que está morrendo que olha o corpo próprio do profissional de saúde que está cuidando expressa algo sobre a morte/morrer que pode ser compreendido pelos significados do corpo próprio de ambos. Entre o comportamento do corpo próprio morrendo e o corpo próprio

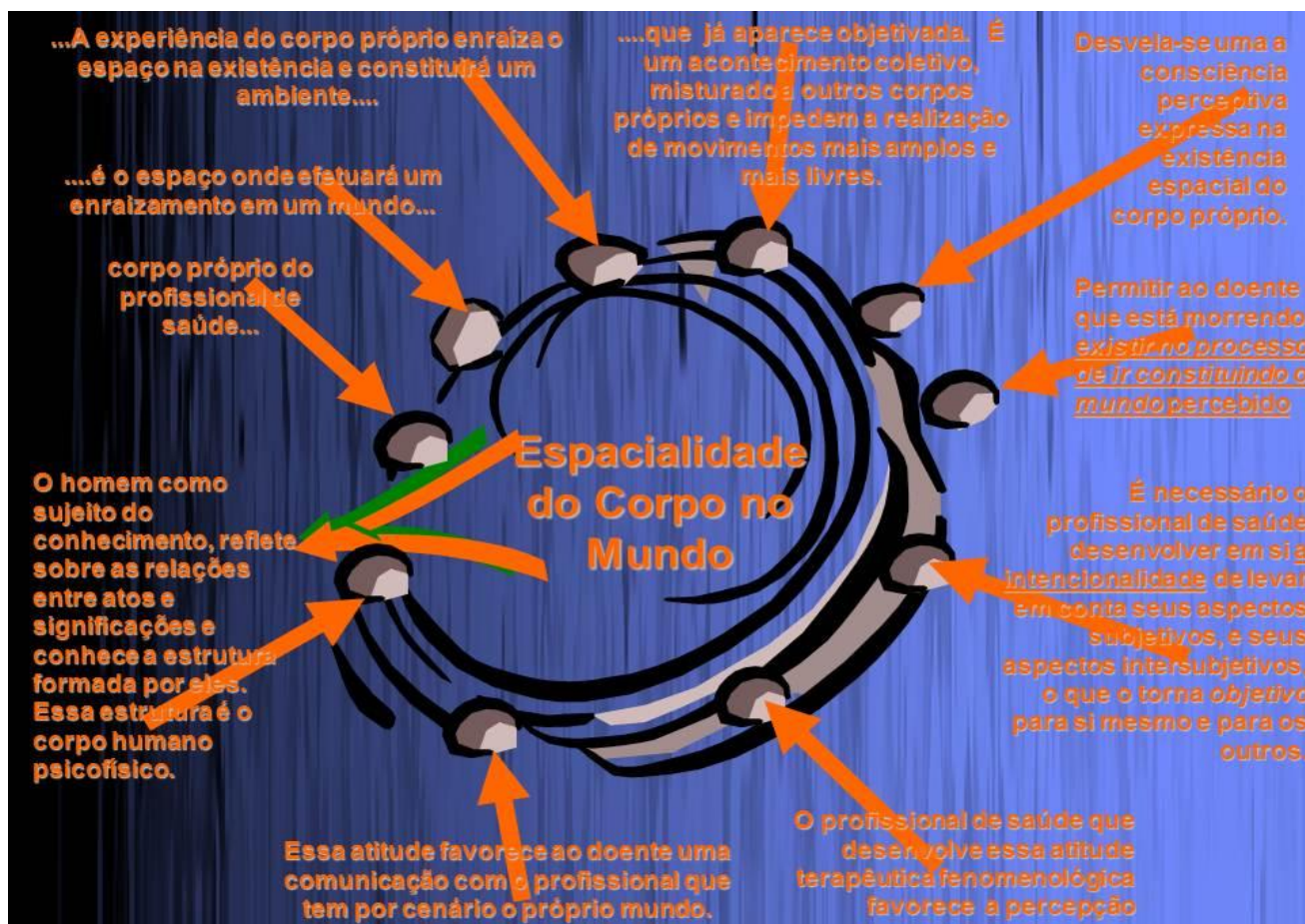
---

<sup>6</sup> Corpo próprio encarnado: elemento único onde estão envolvidos corpo e espírito, sinal e significado, como um estilo de ser. Cabe especificar, como Merleau-Ponty definiu em **O visível e o invisível** este peculiar conceito "carne" (*chair*): "a carne não é matéria, não é espírito, não é substância. Seria preciso para designa-la, o velho termo 'elemento', no sentido de que era empregado para falar-se da água, do ar e do fogo, isto é, no sentido de uma coisa geral, meio caminho entre o indivíduo espaço-temporal e a idéia, espécie de princípio encarnado que importa um estilo de ser...a carne é um 'elemento' do ser" (Merleau-Ponty, 1984, p. 136)



cuidando surge uma comunicação que tem por cenário o próprio mundo, a própria estrutura deste ser-no-mundo que implica a abertura ao outro que está morrendo, isto é, existir e co-existir no processo de morrer e na morte.

A unidade temática da Espacialidade do corpo no Mundo é apresentada no diagrama a seguir:



Fonte: Fig 4 Produzida pela autora da tese

### Temática 3 - Limites da Existência no Corpo

Este é o terceiro tema que emergiu do depoimento dos sujeitos. A apreensão do sentido e significado do corpo próprio do profissional de saúde no processo de cuidar do outro que está morrendo, não ocorre como um processo isolado. A presença do corpo próprio exige a presença do outro corpo próprio com o qual travará relações consigo mesmo, com outrem, com o ambiente. Como afirma Merleau-Pointy (1999, p. 529), a partir da “experiência de uma *participação no*



*mundo*, o ‘ser-para-a-verdade’ não é distinto do ser no mundo”. Por isso descobrirá um mundo comum, sobre o qual ambos se realizarão e complementarão, sem nunca se confundirem ou perderem a identidade, pois para Merleau-Ponty (1999, p. 546),

O interior e o exterior são inseparáveis. O mundo está inteiro dentro de mim e eu estou inteiro fora de mim [...] Se o sujeito está em situação, se até mesmo ele não é senão uma possibilidade de situações, é porque ele só realiza sua ipseidade sendo efetivamente corpo e entrando, através desse corpo, no mundo [...] O mundo e o corpo ontológico que reconhecemos no coração do sujeito não são o mundo em idéia ou o corpo em idéia, são o próprio mundo contraído em uma apreensão global, são o próprio corpo como corpo-cognoscente.

Nesse sentido, os limites da existência se estabelecem no corpo próprio onde se delimitam regiões de silêncio, isto é, são os termos, os aspectos ou mesmo as perspectivas não percebidos pelo corpo próprio ao dirigir a consciência para os objetos que possuem várias faces. Só é possível esse saber sobre os objetos, porque o corpo próprio pode lançar o olhar e inesperadamente apreender o objeto, como também pode ir até ele e dar a volta em torno dele. É esse o significado de ter consciência do mundo por meio do corpo. No entanto, para Merleau-Ponty (1999, p. 122), existem, no corpo próprio, as regiões de silêncio que configuram os limites da existência, uma vez que a totalidade do corpo próprio não pode ser alcançada por ele mesmo. Nesse caso “a ambigüidade do saber se reduz ao fato de que [...] o corpo comporta como que duas camadas distintas, a do corpo habitual e a do corpo atual” como ilustra o depoimento a seguir:

*...geralmente eu rezo perto deles quando eu faço minhas visitas...já faz alguns anos, já que eu me preocupo... (VILA).*

Como não é possível, pelas ciências objetivistas, estabelecer a correlação do fato de que o corpo habitual (mundo pré-pessoal) é o fio condutor do corpo atual (mundo pessoal), o corpo próprio do profissional de saúde ao cuidar do outro morrendo se aliena do seu poder de se dar ‘mundos’ em benefício de um deles, priorizando o mundo imediato das aparências e das impressões do corpo próprio atual, fundamentado ou nos saberes mágico-religiosos ou nos saberes reais. Ou um ou outro, de forma excludente, ou seja, ele deixa de dar-se um corpo habitual o que para Merleau-Ponty,

É a necessidade interna para a existência mais integrada. O que nos permite tornar a ligar o “fisiológico” e o “psíquico” um ao outro é o fato de que, reintegrados à existência, eles não se distinguem mais como a ordem do em si e a ordem do para si, e de que são ambos orientados para um pólo intencional ou para um mundo” (MERLEAU-PONTY, 1999:129).

Desta forma o mundo privilegiado, possível de ser acessado com o corpo próprio habitual (mundo pré-pessoal) perde sua substância e termina por ser uma *certa angústia*. Assim, segundo essa angústia revela, em torno da existência pessoal, o corpo próprio do profissional de saúde ao cuidar de outro morrendo, percebe uma margem de existência quase impessoal, onde ele pertenceu em primeiro lugar, antes de ter se fechado no ambiente particular do hospital, especialmente UTIs e Emergências e, do mundo da saúde. Entretanto, essa existência quase impessoal está aderida ao corpo próprio do profissional de saúde, como uma existência anônima e geral, desempenhando, também, o movimento da existência. Foi o que emergiu dos depoimentos apresentados a seguir:

*...uma dor, uma dor que não consegui esquecer...embora eu me sinta incomodada de saber que não faço o suficiente... (VILA).*

*...era assim um sentimento de choro desse menino...e tudo isso me sufocando.....aquela angústia, não sabe? (choro)... (VILA).*

*...as vezes eu fico assim inquieta, sabe?...eu busco...(gagueja)...eu... eu diria que é angústia...(silêncio)...na verdade eu sinto mesmo de ser... (VILA).*

Por isso, como afirma Merleau-Ponty (1999, p.123), “o corpo próprio deve ser apreendido não apenas em uma experiência instantânea, singular, plena, mas ainda sob um aspecto de generalidade e como um ser impessoal”. Essa angústia só aparece em alguns momentos da existência do corpo próprio do profissional de saúde ao cuidar do outro, principalmente, quando a vida corre risco e a morte se torna iminente, porque a maior parte do tempo a existência pessoal dele reprime, recalca, nega o corpo próprio habitual, o seu mundo pré-pessoal. Todavia, quando na situação biológica, na qual o corpo próprio do outro corre risco e o coração ameaça parar de bater, o pulmão deixa de respirar e os rins recusam-se a filtrar o sangue, o corpo próprio do profissional de saúde, especialmente o intensivista, reconhece no outro a sua própria existência humana, em um mundo

pré-pessoal e, então, apaga, reprime, recalca a sua existência pessoal e lança seu corpo próprio inteiro e sem reservas a ação de preservar por todos os meios possíveis, a existência humana do outro, independente da condição biológica, dessa existência.

*...é uma sensação às vezes de compromisso...porque eu sonhava de noite...eu chegava em casa e ficava pensando no paciente.....eu me deitava pensava no paciente... (DEMÉTER).*

Nesses momentos o corpo próprio do profissional de saúde vivencia a experiência do confronto com os limites da sua própria existência humana e a do outro. Fica impotente para ir adiante desses limites e nem renunciar a eles. Não pode reduzi-lo e nem reduzir-se a eles. Diante dos limites da existência, o corpo próprio do profissional de saúde abate-se e entrega-se ao sofrimento de se saber existente e encarcerado no limite do corpo próprio. Deixa de existir uma *certa angústia* e passa à intencionalidade dessa angústia, porque o tempo de existência no mundo pré-pessoal recomeça a escoar e levando junto às sensações, emoções e sentimentos calorosos que o sustentavam.

*...aquela vontade de chorar...esse nó não sai...esse nó não sai....e nesse dia aconteceu isso (risos)...horrível, Ave-Maria, eu era toda agoniada e acontece essas coisas na vida profissional da gente...não conseguia botar pra fora... (DURGA).*

O corpo próprio do profissional de saúde retoma a existência pessoal e com ela toma uma decisão forçada em relação ao corpo próprio do outro morrendo, o que determina a atitude terapêutica tender ou para o lado da eutanásia, ou para o lado da obsessão terapêutica – a distanásia. Na estrutura temporal da experiência de cuidar do outro corpo próprio morrendo, o corpo próprio do profissional de saúde realiza, nesse ato de cuidar, embora de forma precária, a fusão entre a alma e o corpo, a sublimação da existência biológica em existência pessoal, do mundo natural em mundo cultural.

*...você tem que dizer: Ele não vai sair, ele vai falecer mãe, ele vai morrer ... pode ser hoje, amanhã ou depois vão tendo esta certeza... (DURGA).*

*...então você se coloca no lugar de ouvir a pessoa dizer: Se prepara daqui uma hora ou duas, dois ou três dias você vai sepultar seu filho, entendeu?... (DURGA).*

*...só com os anos...tenho 17 anos de enfermagem, sempre eu tive esse sentimento...essa crueza de dizer: "Ele vai já morrer ninguém sabe o tempo"...não fazia muito tempo que trabalhava com portadores de HIV/AIDS... (DURGA).*

Essa fusão é possível, e ocorre de forma espontânea no corpo próprio do profissional de saúde, ao vivenciar a experiência de cuidar do outro que está morrendo. Para Merleau-Ponty (1999, p.125), a fusão é o momento em que

*Cada presente, através de seu horizonte de passado imediato e de futuro próximo, apreende pouco a pouco a totalidade do tempo possível; ele supera assim a dispersão dos instantes, está em posição de dar seu sentido definitivo ao nosso próprio passado, e de reintegrar à existência pessoal até mesmo este passado, de todos os passados que as estereotípias orgânicas nos fazem adivinhar na origem de nosso ser voluntário. Nessa medida, até mesmo os reflexos têm um sentido, e o estilo de cada indivíduo ainda é visível neles assim como o batimento do coração se faz sentir até na periferia do corpo”*

Cuidar do corpo próprio do outro morrendo, constitui acontecimentos da jornada diária do corpo próprio do profissional de saúde. O confronto diário com o limite da sua existência, ao mesmo tempo em que permite o corpo próprio do profissional de saúde centrar a sua existência também o impede de centrá-la absolutamente. Esse impedimento coloca o seu corpo próprio no anonimato. Como consequência, o sentido e significado do seu corpo próprio ao cuidar do outro morrendo é inseparavelmente liberdade e servidão.

É uma servidão quando esse fenômeno central da fusão entre o “psíquico” e o “fisiológico” provoca, no corpo próprio do profissional de saúde uma rememoração da sua própria morte, dos seus próprios limites existenciais, como afirma Merleau-Ponty (1999, p.126), “como um quase-presente [...] ou como uma experiência recalcada, um antigo presente que não se decide a tornar-se passado”; ou ainda, quando reabre o tempo perdido da sua existência no mundo e o convida a retomar o tempo que ele evoca. Essa servidão provoca a sensação de fracasso e impotência no corpo próprio do profissional ao cuidar do outro que está morrendo,

pois é o momento em que ele recoloca a emoção no ser no mundo. Nas palavras de Merleau-Ponty (1999, p. 127),

Estar emocionado é achar-se engajado em uma situação que não se consegue enfrentar e que todavia não se pode abandonar. Antes de aceitar o fracasso e voltar atrás, o sujeito, nesse impasse existencial, faz voar em pedaços o mundo objetivo que lhe barra o caminho e procura, em atos mágicos, uma satisfação simbólica.

Essa emoção leva o corpo próprio do profissional de saúde a renúncia à verdadeira ação do cuidar do outro morrendo. Apresenta, em relação ao corpo próprio que está morrendo, reação de negação, raiva, barganha, depressão. Essa atitude existencial de servidão diante do limite da existência é equivalente ao ser no mundo. Na perspectiva de ser no mundo, essa servidão significa que as excitações vindas do ambiente e de outros corpos de profissionais de saúde, mantêm o corpo próprio do profissional de saúde no circuito da existência com a atitude de servidão.

*...que está com quatro anos que me abalou profundamente...passei muito tempo, passei um ou dois anos me emocionando quando lembrava daquele momento.....sei não...tá com uns quatro anos...uns quatro anos atrás, mas eu me lembro... (VILA).*

As excitações marcam e conservam seu lugar, fazendo com que a servidão não seja anulada, constituindo um circuito sensoriomotor gerador de uma corrente de existência relativamente autônoma. Segundo Merleau-Ponty (1999, p. 128) “é possível por em evidência respostas constantes para estímulos também constantes”. Portanto, é preciso saber, pelos sentido e significado do corpo próprio do profissional de saúde, por que ele precisa dessa modalidade existencial, considerada um circuito sensoriomotor de servidão, porquanto é ele que dá seu sentido a todos os reflexos e que sob esse aspecto os funda, se entrega, todavia, a eles e para terminar se funda neles.

Inseparável de uma existência de servidão está a existência com liberdade. Para isso é necessário que o corpo próprio do profissional de saúde renuncie a uma parte da sua espontaneidade. Nesse intuito, de acordo com Merleau-Ponty (1999, p. 129) “engajando-se no mundo por órgãos estáveis e circuitos preestabelecidos [...] pode adquirir o espaço mental e prático que em princípio o libertará do seu meio circundante e fará com que ele veja” Para isso ele

deve ter consciência perceptiva de um mundo como razão comum de todos; é preciso estabelecer uma distância entre ele mesmo e a atitude terapêutica adotada e permitir, como propõe Merleau-Ponty (1999, p. 129),

Os estímulos do exterior só o afetem com “respeito”, que cada situação momentânea deixe de ser para ele a totalidade do ser, que cada resposta particular deixe de ocupar todo o seu campo prático, que a elaboração dessas respostas, em lugar de se fazer no centro de sua existência, se passe na periferia e que enfim as próprias respostas não exijam mais a cada vez uma tomada de posição singular e sejam desenhadas de uma vez por todas em sua generalidade.

Nesse sentido, de acordo com Merleau-Ponty (1999, p. 131) a fusão,

entre a alma e o corpo não é selada por um decreto arbitrário entre dois termos exteriores, um objeto, outro sujeito. Ela se realiza a cada instante no movimento da existência. Foi a existência que encontramos no corpo aproximando-nos dele por uma primeira via de acesso, a da fisiologia [...] meu corpo é esse núcleo significativo que se comporta como uma função geral e que todavia existe e é acessível à doença. Nele aprendemos a conhecer esse nó entre a essência e a existência que em geral reencontraremos na percepção.

Considerando a consciência perceptiva da fusão entre corpo e alma, o nascimento e a morte deixam de ser, neste estudo, a linha da vida que começa com o nascer e termina com a morte, como estou na atualidade, acostumada a crer, em decorrência da organização dos saberes reais, a partir das teorias desenvolvimentistas objetivistas, que descrevem o ciclo vital do desenvolvimento humano. Considero, agora, o nascimento e a morte como o advento do mundo impessoal, do qual à morte é um fenômeno universal, negado e rejeitado, porque ele faz compreender, para Merleau-Ponty (1999, p.124), a condição de “seres encarnados ligando-se à estrutura temporal do ser no mundo”. Influenciado por Merleau-Ponty (1999, p.122), o corpo próprio do profissional de saúde e o corpo próprio do doente morrendo, ambos já sabem de sua própria morte, justamente “enquanto a ignora, e ele a ignora justamente enquanto a conhece” . É nas regiões de silêncio e na ambigüidade do corpo próprio que residem os fenômenos denominados trauma, doença, velhice e morte. Para Merleau-Ponty (1999, p. 120) só compreendemos a ausência ou a morte de um indivíduo,

no momento em que esperamos dele uma resposta e sentimos que ela não existirá mais; por isso, primeiramente evitamos interrogar para não perceber esse silêncio; nós nos desviamos das regiões de nossa vida em que poderíamos encontrar esse nada, mas isso significa que nós as adivinhamos.

O corpo próprio do outro morrendo é a expressão lingüística do limite da existência, a partir do gesto de se imobilizar, silenciar, decompor. Considero a morte o limite da existência do corpo próprio no mundo, não por ser o fim de um ciclo vital, conforme aprendi na visão biomédica e objetivista, mas por compreender que na experiência humana do morrer que é possível presenciar o outro realizar uma ausência do mundo humano e abandonar a sua existência pessoal, mas apenas para reencontrar no seu corpo próprio a mesma potência, dessa vez sem nome, pela qual ele está entregue ao ser. No dizer de Merleau-Ponty (1999), o significado fenomenológico da morte pode ser assim exposto:

Toda a parada no movimento da consciência, toda fixação do objeto, toda a aparição de um “algo” ou de uma idéia [...] supõe um sujeito que deixa de se interrogar (p. 530).

Se conforme Merleau-Ponty afirma, é o corpo que exprime a cada momento a existência, porque a existência se realiza nele, ele é a origem da própria linguagem na medida em que exercita a expressão, no caso deste estudo, a expressão da morte. Expressar, para Merleau-Ponty (1999, p. 525),

É assegurar-se, pelo emprego de palavras já usadas, de que a intenção nova retoma a herança do passado, é com um só gesto incorporar o passado ao presente e soldar este presente a um futuro, abrir todo um ciclo de tempo em que o pensamento “adquirido” permanecerá presente a título de dimensão, sem que doravante precisamos evocá-lo ou reproduzi-lo.

Então, o corpo próprio do outro morrendo, sendo corpo-cognoscente, pelo gesto e pela linguagem, comunica ao corpo próprio do profissional de saúde, uma mensagem, como o foi há milhões de anos para o Homem de Neandertal, o primeiro na história da humanidade a observar esse fenômeno. Apesar de ter transcorrido tanto tempo, no referente ao fenômeno da morte, o corpo próprio do profissional de saúde, a exemplo do Homem de Neandertal, encontra-se despreparado para lidar com esse fenômeno que lhe revela o limite da existência. No sentido de incorporar o passado ao presente, e este presente a um futuro, abro a seguir um ciclo do tempo, no qual observo o comportamento de organismos vivos ao se confrontar com a expressão de morte contida no corpo próprio do outro.

A partir da perspectiva do paradigma da ecologia profunda, que de acordo com Capra (1996, p.25), “reconhece a interdependência fundamental de todos os fenômenos, e o fato de que, enquanto indivíduos e sociedades, todos estão

envolvidos nos processos cíclicos da natureza e em última análise, dependente desses processos”, a tomada de consciência da morte e de si mesmo é possível porque, no planeta Terra, ambiente vital de ecossistemas interconexos, para Schewring (1998), existem várias espécies de organismos vivos identificados por classe, ordem, família, gênero e espécie. Entre esses organismos encontra-se o homem, um animal vertebrado da classe *Mammalia*, ordem Primata, família *Hominidae*, gênero *Homo*, espécie *sapiens*, um organismo vivo altamente complexo em sua organização e sexuado.

Essa espécie possui semelhanças e diferenças quando comparada com as demais espécies. Entre as semelhanças, mencionam-se: todo o organismo vivo é capaz de se locomover, ver, ouvir, degustar, respirar, tocar, receber e reagir a estímulos e de coordenar reações, possui para Carpa (1996, p.135), “um corpo com um padrão de organização sistêmica, que forma estrutura e órgãos organizados e integrados, para desenvolver o processo vital da existência autopoiética, de maneira a permitir que tudo isso ocorra”. Se existem as semelhanças, existem as diferenças.

Como diferenças sobressaem: organismos vivos pertencentes à espécie *sapiens*, isto é, o homem, não são fortes como o tigre, nem ágeis como os macacos nas árvores ou como os golfinhos na água. Não têm pêlos como os ursos, nem olhos como os da águia, não podem saltar como os cangurus e tampouco voar como as aves. Entretanto, a principal diferença do homem em relação aos outros organismos vivos é o fato de possuir um cérebro bastante desenvolvido e inteligente. Esse cérebro permite-lhe pensar, sentir, expressar os seus sentimentos e idéias, falar, criar instrumentos, acumular e transmitir conhecimentos, enfim, construir uma cultura. É o mais desenvolvido entre todos os outros organismos vivos porque se torna capaz de saber sobre sua existência, sobre a maneira de agir em relação a si mesmo, em relação aos outros organismos e em relação ao planeta e ao universo, ou seja, capaz de ter a consciência de si mesmo como indivíduo.

Assim, conforme a literatura consultada, o corpo de todos os animais, de todas as espécies, no que se refere ao fenômeno da morte, têm uma certa percepção dessa, pois conhece por instinto<sup>7</sup> a morte-agressão, a morte-perigo, a morte-inimiga.

---

<sup>7</sup> O instinto, que é um sistema de desenvolvimento e de vida, é também um formidável sistema de proteção contra o perigo de morte. Noutras palavras, é a espécie que conhece a morte, não o indivíduo (MORIN, 1997, p. 57).



Morin (1997, p. 56) ilustra devidamente esta situação ao descrever a reação do animal não humano diante dessa percepção da morte: “Toda uma animalidade blindada, ajazada, cheia de espinhos, ou provida de patas galopantes, de asas loucamente rápidas, exprime sua obsessão de proteção no seio da mata viva”. Ao menor ruído, essas reações se apresentam e o animal busca a proteção no âmago da mata, com a fuga ou a imobilização reflexa, pois sente estar exposto ao perigo de morte.

Tal reação ao perigo de morte no animal não humano não envolve comportamento algum convencional. Segundo Rodrigues (1983, p. 18-19), suas respostas “são ditadas pelas leis da espécie a que pertencem; são a imposição, sobre um indivíduo particular, dos ditames gerais, universais da espécie”. Noutras palavras, para Morin (1997, p. 57), é a espécie que conhece a morte, não o indivíduo, e ela a conhece a fundo, “porque a espécie só existe através da morte de seus indivíduos; esta morte ‘natural’ é maquinada no próprio cerne dos organismos individuais”. Caso não exista acidente ou doença, os indivíduos morrerão de velhice, portanto, a morte não é uma fatalidade da vida em geral, porque “as células vivas são potencialmente imortais, e os unicelulares só morrem por acidente. É a maquinaria complexa das espécies evoluídas e sexuadas que traz consigo a morte” (Idem, *ibidem*).

Na opinião de Rodrigues (1983), o animal não humano não se sabe mortal e não se percebe como indivíduo, e mesmo que haja a possibilidade de perceber a individualidade, ele não pode reconhecê-la. Não reconhecendo a individualidade, ele não pode representar a morte, não pode conceituá-la e, ainda que de alguma forma possa captá-la no plano da sensibilidade, ele não pode avaliar o impacto do fenômeno da morte para si e para o outro. Para esse autor, a morte é a perda da individualidade, isto é, o movimento de dissolução do indivíduo na espécie. Na medida em que a morte significa dissolução da individualidade, Morin (1997, p. 58) afirma que “quanto mais cego o homem for à morte, tanto mais cego ele é quanto a individualidade de sua espécie”. Nesse sentido, a cegueira corresponde à negação da própria morte e da morte do outro e, também, à negação da própria individualidade e da individualidade do outro.

A cegueira ou a negação ocorre com a aproximação da consciência da morte, que se apresenta quando acontecem desmaios, sono profundo, acidentes graves ou doenças. Nenhum destes, porém, se igualam à experiência da morte do

outro, principalmente, se há com ele forte vínculo afetivo, a tal ponto que se constitui um “nós” com o qual se constrói uma existência, que diante da morte parece romper-se. Dessa forma, a meu ver, na medida em que esse outro é, de algum modo, eu mesmo, experimento algo de morte dentro de mim quando assisto o outro morrer, como ressalta Rodrigues (1983, p. 24): “A morte do outro evocará sempre a minha própria morte; ela testemunhará minha precariedade, ela me forçará a pensar os meus limites”.

Então, o homem, animal da espécie *sapiens*, diferente do animal de outras espécies, para Morin (1997, p.58), é o único organismo vivo, supremamente individualizado “capaz de contradizer a hierarquia da sua espécie e sua unicidade”. Quanto mais o homem desperta para a consciência da morte, mais ele desenvolve a consciência de si como indivíduo. Isso provoca uma cristalização da individualidade, própria da sua condição animal, que o torna capaz de enfrentar a sua espécie. Essa individualidade, característica de todas as espécies, é protegida por um sistema de instintos, de conservação individual específico, por serem idênticos em todos os membros da mesma espécie.

Em síntese, estar cego ou negar a morte é o mesmo que estar cego ou negar a individualidade. Para Morin (1997, p. 58), essa cegueira ou essa negação existe e “quanto mais se sobe na escala animal, mais se afirmam entre os indivíduos de uma mesma espécie as singularidades psicológicas e psíquicas”. Diante da morte do outro, observa Thomas citado por Rodrigues (1983, p. 24), “tomo consciência de minha finitude que cada instante de minha vida se carrega de todo o peso do meu destino”. E conclui: “a consciência da morte é a condição mesma da vida da consciência”.

Quando o corpo próprio do profissional de saúde emprega o conhecimento dos saberes reais, fundamentado nas ciências objetivista, para traduzir a expressão do corpo próprio do outro que está morrendo, ele nega a morte. Entretanto, o profissional de saúde pode fechar os olhos, mas não pode deixar de ver a escuridão dos seus próprios olhos; pode tapar os ouvidos, mas continuará a ouvir pelo menos o silêncio; pode colocar entre parênteses as suas opiniões fundadas nos saberes reais, mas independente do seu pensamento ou da atitude terapêutica que adote, estará sempre fundado nas crenças ou ações anteriores.

Embora interiormente ele a tenha detectado e traduzido a expressão do corpo próprio do outro que está morrendo, caso tenha apreendido, ele continua a negar, pois, no contexto onde está inserido, conforme salienta Morin (1997), a engrenagem do cuidar para curar é movida pela mola propulsora do lucro, da competição, do salve-se quem puder, da ganância e da ambição, da luta pelo capital. Nesse contexto, a lei válida e justificável é a da destruição, exploração e manipulação. A ética norteadora dos comportamentos e das ações desse contexto está fundamentada na concepção individualística e hedonista, que permite ao sujeito a tranqüilidade da consciência pela indiferença ante a face exposta do outro.

Caso contrário, se afirmar e transmita a expressão do corpo próprio do outro que está morrendo, a partir da sua autonomia interior, fundamentado no conhecimento mágico-religioso ou em suas crenças adquiridas dos contextos sociais, ele será criticado e desqualificado por não ser científico e sim espiritualista. Tal expressão pode ser comunicada por sacerdotes, leigos, voluntários e familiares, mas jamais pelo profissional de saúde. Isto não lhe é permitido. Negando ou afirmando a mensagem apreendida pelo corpo próprio do outro, é preciso compreender, como afirma Alves (1993, p. 269), que a consciência perceptiva da morte “não constitui seus objetos *ex nihilo*, pela autonomia da interioridade subjetiva, mas a partir de processos interpretativos adquiridos na vida cotidiana”

Apenas dentro das coordenadas estabelecidas pelo mundo intersubjetivo do senso comum da experiência humana do morrer, o corpo próprio do profissional de saúde é subjetivamente dotado de sentido, à medida que é afirmado como real para os membros do grupo onde está inserido, grupo este que está atuando no processo de cuidar para curar o corpo próprio do outro que está morrendo.

Na minha opinião, essa inquietude, esse horror em relação à morte está situado entre a consciência da própria morte e a consciência de si mesmo como indivíduo. Não se trata de várias consciências, e sim de uma só consciência individualizada que emerge quando essa se coloca em perspectivas diferentes: uma se direciona, intencionalmente, para a interioridade de si mesmo e toma o corpo próprio vivo como referência, passando esse a ser a totalidade individualizada; outra se direciona, pela a atenção, para a exterioridade do corpo próprio do outro morto, passando esse a ser a totalidade da espécie. Na interface dessas perspectivas está

o choque, a dor, o terror ou horror da dissolução da individualidade na espécie. Para a consciência, se descortina no horizonte mais uma outra perspectiva: um vazio, um nada, onde antes, havia plenitude individual. Uma só consciência individual e diferente perspectivas para observar o fenômeno do corpo próprio do outro morrendo ou morto – o cadáver – é um dos principais pontos de reflexão desse estudo, pois a pretensão é desencadear processos educativos e terapêuticos para construir novas atitudes e comportamentos diferentes dos Homens de Neandertal, diante do corpo morto, seu semelhante.

## 6 REFLETINDO SOBRE O ESTUDO

*Sento-me com a atenção concentrada na respiração.  
Respirando e expirando, inalando e exalando, interiorizando  
e deixando sair a dança da criação, do universo e da vida.  
Sento-me no silêncio em concentrada percepção, inspirando  
e expirando como o oceano, que é vida e agita e pulsa ao  
meu redor, como oceanos de encarnações giram e rodopiam  
através de mim, ao meu lado, à minha volta. Meus olhos  
vêem tudo, conhecem tudo e observam tudo enquanto eu  
respiro quieta, concentrada, consciente, atenta.*

*Amy Sophia Marashins*

Depois de percorrer toda a trajetória existencial apresentada, originada da necessidade de construir espaços de convivência, no hospital, para ouvir os depoimentos dos profissionais de saúde sobre suas experiências de cuidar do outro que está morrendo; de observar as repercussões das experiências vividas para a adoção das medidas terapêuticas de cuidar/cuidado nas situações de morte e do morrer; de apreender o sentido e o significado do corpo próprio do profissional de saúde ao cuidar do doente morrendo no contexto do hospital, encontro-me agora diante da defesa da minha tese, qual seja: A apreensão do sentido e significado do corpo próprio do profissional de saúde, como experiência vivencial, desenvolve a consciência perceptiva de si mesmo e ao cuidar do outro corpo próprio que está morrendo ou já morto, sente a angústia, percebe-se mortal e desperta para a consciência perceptiva da própria morte. Esta estimula o corpo próprio do profissional de saúde a vivenciar os limites da existência no corpo e dessa forma ele reconhece o ambiente onde vive, integrado com outros e por eles condicionados e historicamente construídos.

Ao fazer esta defesa, mais uma vez sinto-me impelida a retroagir, rever minha trajetória existencial para refletir sobre a experiência vivida como pesquisadora, lembrando minhas inquietações e as próprias angústias como profissional de saúde diante do enfrentamento de situações de morte e do morrer.

Essas inquietações e angústias foram condicionantes para a realização desta pesquisa e deste doutoramento. Elas emergiram das experiências vividas no contexto hospitalar, onde estou inserida e atuando ininterruptamente há 25 anos, seja como enfermeira-intensivista ou como enfermeira-docente e agora como enfermeira-pesquisadora. Durante esse longo tempo, como expus no capítulo 2. Contextualizando o objeto de estudo, segundo constatei, os avanços tecnológicos dirigidos às medidas de manutenção e recuperação da vida não são proporcionais às medidas de preparo em cuidar para a morte.

No capítulo 1, Introdução, exigi de mim mesma tecer uma reflexão sobre a condução do processo de morrer com dignidade e sensibilidade, ou seja, dentro dos princípios da ortotanásia, e como os profissionais de saúde podem ser preparados para conduzir esse processo. Exigi, ainda, alcançasse esta reflexão as razões subjetivas e intersubjetivas, indo além de uma visão reducionista e fragmentária, isto é, busquei um outro olhar, uma nova visão diferente das oferecidas pelos modelos fundamentados pelos paradigmas científico-tecnológico, comercial-empresarial e biopsicossocial. Por não levarem em conta a história de vida dos envolvidos nem o ser de cada indivíduo manifestado nesta existência, os modelos construídos fundamentados nesses paradigmas, geram questionáveis relações terapêuticas entre instituição-profissional de saúde-doente-família-comunidade. Tais relações são economicamente difíceis de serem sustentadas, clinicamente confusas, socialmente frustrantes.

Ao lembrar o início do meu percurso como pesquisadora, todas as angústias e inquietações foram sentidas como questionamentos. A partir desses questionamentos, farei a explanação da defesa da minha tese. As argumentações para isto são fundamentadas nos discursos e manifestações dos colegas e sujeitos do estudo que atuam nas regiões fronteiriças da existência onde o corpo próprio vivencia a fragilidade e vulnerabilidade entre muitas existências, quando se reduz, oscilando em apenas duas: vida e morte.

A elaboração das argumentações de forma científica foi possível pela existência do corpo próprio de Edmund Husserl, pai da fenomenologia como a conhecemos hoje. Conforme apresentei no capítulo 3, Perspectiva teórica a fenomenologia husserliana possibilita descrever pela razão o fenômeno, até poder chegar a sua essência, ao seu *eidos*, ao invariante. Graças a Husserl, pude adotar

uma atitude filosófica e ao mesmo tempo rigorosamente científica diante da “coisa” imediatamente consciente, onde o fenômeno denominado morte se manifesta – o corpo próprio morto, o cadáver, aquele destinado à decomposição.

No entanto, foi a fenomenologia existencial de Merleau-Ponty que me despertou para a experiência de “verdade existente” nas evidências do processo de morrer do corpo próprio do outro sob meus cuidados, do fenômeno da morte, expresso no corpo morto – o cadáver, e nos sentidos e significados do corpo próprio do profissional de saúde ao cuidar do outro corpo próprio morrendo. O aprofundamento dos estudos na fenomenologia merleau-pontiana trouxe-me novo sentido e significado para o Deus Morto da minha infância, para a dor e o sofrimento do processo de morrer do Mestre, Jesus de Nazaré. No horizonte da perspectiva da minha inserção no mundo-vida, descortinou-se um sentido de liberdade de existir comigo mesma e co-existir com o outro e o mundo, desaparecendo a dúvida de Deus e permanecendo a certeza da morte. Esta, porém, com novos sentidos e significados, livre dos grilhões das influências mágico-religiosas e dos saberes “reais”.

À luz da fenomenologia de Merleau-Ponty (1999, p. 14), a dúvida, o medo, a insegurança, o erro, a morte e o morrer são meios de ter acesso à verdade e de nos enraizarmos cada vez mais no Eu Sou e buscar no mundo a coisa que é, pois, esse filósofo afirma: “Mundo não é aquilo que eu penso, mas aquilo que eu vivo; eu estou aberto ao mundo, comunico-me indubitavelmente com ele, mas não o possuo, ele é inesgotável. ‘Há o mundo’; dessa tese constante da minha vida não posso nunca inteiramente dar razão”.

Nesse sentido, a facticidade do mundo é o que faz com que o mundo seja mundo, assim como a facticidade da morte é o que faz com que morte seja morte e não um mito, ou um horror, ou um protocolo, ou um procedimento técnico. O mundo e a morte não são imperfeições, erros ou fracassos. Ao contrário, eles são “coisa” que confirma a existência humana, isto é, funda para sempre a idéia da verdade sobre essa existência.

Portanto, ao corpo próprio do profissional de saúde, para conduzir o processo de morrer do outro corpo próprio morrendo, no contexto do hospital, com dignidade e sensibilidade, faz-se necessária a adoção da atitude fenomenológica,

que coloca em suspenso a intencionalidade de ato, isto é, todos os nossos juízos, comparações, críticas e julgamentos, enfim, toda a racionalidade que já nos é dada pelos saberes “reais”; como também toda a intencionalidade operante, isto é, aquela onde se manifestam os desejos, as crenças, as convicções íntimas, o apego, o sofrimento, enfim, a atitude natural que já nos é dada pelos saberes mágico-religiosos. Dessa forma, o corpo próprio do profissional de saúde pode reapoderar-se, apropriar-se da intenção total – não apenas aquilo que são para a representação as “propriedades” da coisa percebida, a poeira dos “fatos históricos”, as “idéias” introduzidas pela doutrina – mas a maneira única de existir que se exprime nas propriedades da água, do fogo, da terra, do ar.

O corpo próprio do profissional de saúde, ao adotar a atitude fenomenológica, apropria-se da intencionalidade total, ampliada, e gera um comportamento único em relação ao outro, à natureza, ao tempo e, no nosso estudo, único para aquele contexto específico onde o enfrentamento da situação de morte e morrer ocorre cotidianamente. Essa atitude fenomenológica é muito diferente das atitudes terapêutica adotadas quando se está sendo regido por uma lei do tipo físico-matemático, ou de um dogma, ou de um mandato sociocultural, acessíveis ao pensamento objetivo ao qual estamos condicionados e tão arraigados.

Como pesquisadora, tive a oportunidade de vivenciar essa atitude fenomenológica no momento em que comecei a entrevistar os profissionais de saúde e me senti tocada por seus discursos e suas expressões corpóreas, como também nos momentos de solidão e isolamento, ao elaborar as reduções. Nesses momentos, a intencionalidade total ou ampliada, conforme propõe Merleau-Ponty, desvelou não apenas aquilo que as palavras, gestos e expressões querem dizer, mas ainda o corpo próprio do profissional de saúde, sujeito do estudo, tal como ele é no enfrentamento das situações de morte e morrer, antes de qualquer análise, indução, interpretação e retorno para reflexão, diante de qualquer tematização: pelos sentidos e significados do corpo próprio, desvelou-se a angústia de se sentir existindo na forma humana e por isso ser mortal. Assim, surgiram, primeiro os subtemas, depois as temáticas denominadas de Consciência perceptiva do corpo, Espacialidade do corpo no mundo, Limites da existência no corpo, já explanadas no capítulo 5, Os fenômenos elaborados: resultados da pesquisa.



O desvelamento da angústia de se sentir existindo na forma humana e por isso ser mortal desperta o corpo próprio do profissional de saúde para a consciência perceptiva da própria morte. Como toda a consciência é consciência de algo, ele volta-se, então, para o seu corpo próprio e reconhece a própria consciência como projeto do mundo, destinada a um mundo e a uma morte que essa consciência não abarca e nem possui, mas em direção ao qual ela não cessa de se dirigir – e o mundo formando uma unidade imperiosa com essa consciência prescreve sua meta dentro do espaço do corpo próprio e o tempo, ambos configurando os limites da existência humana no mundo.

Sob essa ótica de Merleau-Ponty, a consciência perceptiva da própria morte, apreendida dos sentidos e significados do corpo próprio como experiência vivencial, ao cuidar do outro morrendo, deixa de lado a perspectiva de uma consciência absoluta, que do exterior lhe atribuiria o fim da existência, por acidente, doença, ou acaso. Isto significa que ela nos dá, por direito, o poder efetivo de assumir nossa história, entendida em suas relações fundamentais como manifestações de uma única existência, ou episódios de um único drama – do qual não sabemos se há um desenlace. Sob a ótica de Merleau-Ponty, porque estamos no mundo, estamos condenados ao sentido que transparece na intersecção das experiências como corpo próprio vivente e na intersecção destas experiências com aquelas do outro corpo próprio morrendo, pela engrenagem umas das outras. A consciência perceptiva da própria morte é, portanto, inseparável da subjetividade e da intersubjetividade que forma sua unidade, pela retomada das próprias experiências passadas em experiências presentes, da experiência do outro corpo próprio morrendo em experiência própria.

A consciência perceptiva da própria morte que o corpo próprio do profissional de saúde adquire ao cuidar do outro que está morrendo provoca o estímulo que o faz vivenciar os limites da existência no corpo próprio, independente de possuir enfermidade ou qualquer outro agravo de saúde. Esses limites se evidenciam quando o corpo próprio do profissional de saúde sente a ausência ou a morte do outro corpo próprio morrendo, que estava sob seus cuidados, muitas vezes, após ter se lançado sem reservas à ação de preservar a estrutura biológica, utilizando todo o arsenal tecnológico disponível; ou quando o corpo próprio do profissional de saúde espera do corpo próprio morrendo uma resposta diante das

intervenções terapêuticas possíveis de serem aplicadas, e sente que a estrutura orgânica do corpo próprio morrendo não mais será capaz de dar essa resposta.

Nesses momentos, ao perceber os limites da existência no corpo, o corpo próprio do profissional de saúde evita interrogar-se sobre esses limites, pois teme perceber esse silêncio, a ausência de respostas. Ao evitar interrogar-se sobre esses limites, desvia-se de si mesmo. Como consequência de todas as situações de vida em que poderia encontrar esse nada, isso significa apenas que já as adivinhou. Entretanto, à luz de Merleau-Ponty, esses limites significam a evidência de uma margem quase impessoal em torno da existência pessoal do corpo próprio do profissional de saúde. Esta margem o mantém no mundo, e exerce uma força no corpo próprio do profissional de saúde, lembrando-o de que é preciso pertencer, em primeiro lugar, a um mundo humano, para poder encerrar-se no ambiente particular de um amor, ou de uma ambição.

Os limites da existência no corpo ou a margem impessoal envolvendo a existência pessoal confirmam a encarnação em uma natureza e pelo menos a possibilidade de uma situação histórica. Interrogar-se, pois, sobre os limites da existência permite a análise reflexiva, a partir das experiências do mundo, de cuidar do outro corpo próprio morrendo, que remonta ao corpo próprio do profissional de saúde com uma condição de possibilidade distinta dele, e mostra a síntese universal como aquilo sem o qual não haveria mundo – o Eu Sou, que segundo afirmação de Merleau-Ponty (1999, p.3) significa

Eu sou a fonte absoluta; minha experiência não provém de meus antecedentes, de meu ambiente físico e social, ela caminha em direção a eles e os sustenta, pois sou eu quem faz ser para mim (e portanto ser no único sentido que a palavra possa ter para mim) essa tradição que escolho retomar, ou este horizonte cuja distância em relação a mim desmoronaria, visto que ela não lhe pertence como uma propriedade, se eu não estivesse lá para percorrê-la com o olhar.

Graças aos limites da existência no corpo é que o corpo próprio do profissional de saúde, a cada momento da experiência de cuidar do outro corpo próprio morrendo, tem seu campo perceptivo preenchido de reflexos, de estalidos, de impressões táteis e fugazes, que o corpo próprio profissional de saúde não pode ligar de maneira precisa ao contexto percebido da situação de morte e morrer. Todavia, estes estímulos o situam, imediatamente, no mundo, sem confundi-los jamais com suas divagações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Card. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, jul./set. 1993.

ÁRIES, P. **O homem diante da morte**. Tradução de Luís Ribeiro. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982. v. 2.

\_\_\_\_\_. **Sobre a história da morte no ocidente desde a idade média**. Tradução de Pedro Jordão. Lisboa: Editora Teorema, 1989.

BACHELARD, G. **A filosofia do não: filosofia de novo espírito científico (e outros textos)**. Tradução de Joaquim Moura Ramos. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1984. (Coleção os Pensadores).

BARGUIL, P. M.; LEITE, R. C. M. Voltemos às próprias coisas: o convite da fenomenologia. In: BARRETO, J. A. E.; MOREIRA, R. V. O. et al. **Imaginando erros (escritos de filosofia da ciência)**. Fortaleza: Casa de José de Alencar/Programa Editorial, 1997. (Coleção Alagadiço Novo).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2918, de 9 de junho de 1998.

BECKER, E. **A negação da morte**. Rio de Janeiro: Record, 1973.

BERGER, P. I.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 1993.

BOEMER, M. R. **O fenômeno morte: o pensar, o conviver e o educar**, 1989. 111 f. Tese (livre docência) - Escola de Enfermagem, Universidade Estadual de São Paulo, Ribeirão Preto, 1989a.

BOEMER, M. R.; ROSSI, L. R. G.; NASTARI, R. R. A idéia da morte em unidade de terapia intensiva: uma análise de depoimentos. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 8-14, jul. 1989b.

CANCONE, M. H. V. B. O “vestibular” de anatomia. In: MARTINS, J. S. (Org.). **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1983. p. 25-37.

CARVALHO, A. S. **Metodologia da entrevista**: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir, 1987.

CARVALHO, E. C.; BELLATO, R. O jogo existencial e a ritualização da morte. *Rev.Latino-Am.Enfermagem* 2005 jan./fev. 13(1):88-94.

CAPALBO, C. **Fenomenologia e ciências humanas**. Londrina: UEL, 1996. 133 p.

\_\_\_\_\_. Prefácio. In: CARVALHO, A. de S. **Metodologia da entrevista**: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir, 1991.

\_\_\_\_\_. A antropologia e a fenomenologia: a crise do conceito tradicional da natureza humana. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3., 1984, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ABEEN/FINEP, 1984. p. 43-57.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1982.

\_\_\_\_\_. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica. Tradução de Newton Roberval Eichenberg. São Paulo: Cultrix, 1996.

CASATE, J.C.; CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev.Latino-Am.Enfermagem** 2005 jan./fev. 13(1):88-94.

CHAUÍ, M. **Maurice Merleau-Ponty**: textos selecionados. São Paulo: Abril cultural, 1989. (Os pensadores).

\_\_\_\_\_. **Convite a filosofia**. São Paulo: Ática, 1999.

COELHO JR, N. **O visível e o invisível**: a filosofia de Merleau-Ponty penetrando a prática clínica. São Paulo: PUC-SP, 1988.

COELHO JR., N.; CARMO, P. S. do. **Merleau-Ponty**: filosofia como corpo e existência. São Paulo: Escuta, 1991.

- CREMA, R. et al. **Rumo à nova transdisciplinaridade**. São Paulo: Summus, 1993
- D'ASSUMPÇÃO, E. A relação médico/paciente terminal. **Cadernos Bioética**, Belo Horizonte, n. 3, p. 164-172, dez. 1995.
- DAMÁSIAO, A. R. **O erro de Descarte**: emoção, razão e o cérebro humano. São Paulo: Scwarez, 1996.
- DARTIGUES, A. **O que é fenomenologia?** Tradução Maria José G de Almeida. São Paulo: Centauro, 2002.
- DEMO, P. **Metodologias das ciências sociais**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.
- \_\_\_\_\_. **Pesquisa e produção do conhecimento**: metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.
- FRANÇA, G. V. **Medicina legal**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 579 p.
- FRAGATA, J. **Problemas da fenomenologia de Husserl**. Braga: Livraria Cruz, 1962.
- FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- FERREIRA, M.A. **O corpo no cuidado de enfermagem**: representações de clientes hospitalizados. 1999. 267 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.
- FIGUEIREDO, N. M. de A. **O corpo da enfermeira**: instrumento do cuidado de enfermagem: um estudo sobre representações de enfermeiras. 1994. 282 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Ana Nery, Rio de Janeiro, 1994.
- FIGUEIREDO, N. M. A.; CARVALHO, V. **O corpo da enfermeira como instrumento do cuidado**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. 161 p.
- GOMES, W. A entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente. **Psicologia USP**, 8(2), p. 305-336, 1997
- GRONDIM, J. **Introdução à hermenêutica filosófica**. Rio Grande do Sul: Unisinos, 1999.

HAYASHI A.A.M; GISI M.L. O cuidado de enfermagem no CTI: da ação-reflexão à conscientização. **Texto & Contexto Enfermagem** 2000 maio/agosto; 9(2):824-37

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Parte I. Petrópolis: Vozes, 1988.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Tradução de Cláudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOFFMANN, L. A morte na infância e sua representação para o médico: reflexões sobre a prática pediátrica em diferentes contextos. **Cad. Saúde Pública**, jul/set. 1993, vol. 9, nº 3, p. 364-374.

JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

KELKEL, A. L.; SCHÉRER, R. **Husserl**. Tradução Joaquim João Coelho Rosa. São Paulo: Edições 70, 1954.

KOIZUMI, M. S. Fundamentos metodológicos da pesquisa em enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 26, n. esp., p. 23-32, out. 1992

KRISTEVA, J. **Introdução à semanálise**. Lisboa: Debate Perspectiva, 1974.

KÜBLER-ROSS, E. **Morte, estágio final da evolução**. Rio de Janeiro: Record, 1985.

\_\_\_\_\_. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Tradução de Paulo Menezes. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

LABRONICI, L. M. **A corporeidade propiciando o coexistir da racionalidade e da sensibilidade nas práticas de cuidar**. 1998. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

LECLAINCHE X. É preciso humanizar o hospital. **Rev.Paul. Hospitais**. 1962 maio; 10(5):7-10.

LEPARGNEUR, H. **O doente, a doença e a morte**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

LINHARES, **Cidade e Sol**, 1992

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MARTINS, J. **Um enfoque metodológico do currículo: educação, como poesis**. São Paulo: Cortez, 1992.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação**. São Paulo: Moraes, 1983. 80 p.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes, 1989. 110 p.

MARTINS, J. et al. **Temas fundamentais de fenomenologia: centro de estudos fenomenológicos de São Paulo**. São Paulo: Moraes, 1984.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. Tradução Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. **O primado da percepção e suas conseqüências filosóficas**. Tradução Constança Marcondes César. Campinas: Papyrus, 1990.

\_\_\_\_\_. **O visível e o invisível**. Tradução José Artur Gianotti e Armando Mora e Oliveira. São Paulo: Perspectiva, 2000. 271 p.

MIRANDA, E. V. **Corpo: território do sagrado**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2000. 285 p.

MONDIN, B. **Curso de filosofia**. São Paulo: Ed. Paulinas, 1985. v. 3.

MORA, J. F. **Dicionário de filosofia**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996. 733 p.

MORIN, E. **O homem e a morte**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

MOURA, M. D.; MOHALLEM, L. N. O psicanalista na CTI. In: ROMANO, B. W. **A prática nos hospitais**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

NIJHOFF, M. Idéia da fenomenologia. In: MORÃO, A. (Org.). **Textos filosóficos**. Rio de Janeiro: Edições 70, p. 17-107.

NORONHA, D. C. V.; et al. Implicações éticas na assistência de enfermagem do paciente crítico. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 38, n. ¾, p. 349-354, jul./dez. 1985.

NULAND, S. B. **A sabedoria do corpo**. Tradução André Carvalho. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

PACHECO, A. **O ser paciente em Unidade de Terapia Intensiva**: uma abordagem fenomenológica. 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 1995.

PALMER, R. E. **Hermenêutica**. Tradução Maria Luisa Ribeiro Ferreira. Lisboa: Edições 70, 1969.

PIVA, J. P.; CARVALHO, P. A. Considerações críticas nos cuidados médicos ao paciente terminal. **Bioética**, v. 2, n. 1, p. 129-138, 1993.

PESSINI, L. **Distanásia**: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola, 2001. 431 p.

PETRELLI, R. **Fenomenologia**: teoria, método e prática. Goiânia: Ed. Da UCG, 2001.

POLAK, Y. N. de S. **A corporeidade como resgate do humano na enfermagem**. 1996. 151 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1996.

\_\_\_\_\_. **Socialidade da doença**: multidões de corpos e corporeidades solitárias. 1997. 99 f. Tese (Professor Titular) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1997.

RANK, O. **O traumatismo do nascimento**. Rio de Janeiro: M. Sobrinho, 1934a.

\_\_\_\_\_. **O mito do nascimento do herói**. Rio de Janeiro: M. Sobrinho, 1934b.

RIBEIRO, H. P. **O hospital**: história e crise. São Paulo: Cortez, 1993.

RODRIGUES, J. C. **Tabu da morte**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.



RODRIGUES, J. V.; BRAGA, E. N. Programa cuidando do cuidador em Fortaleza, Ceará. In: CARVALHO, M. M. M. J. **Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver**. São Paulo: Summus, 1998.

SANTANA, M. T. M. **Consciência da terminalidade**: um estudo preliminar. 1998. 162 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1998.

SANTIN, S. Aspectos filosóficos da corporeidade. **Rev. Bras. Ciênc. Esp.**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 136-145, Jan. 1990.

SANTOS, V.; KINEL, M.; FLEMING, L. Um novo conceito de centro de tratamento intensivo: a ergonomia na humanização dos espaços. **Rev. Bras. Terap. Intens.**, v. 6, n. 3, p. 66-69, jul./set. 1994.

SILVA, R. M. R. A. **A percepção do corpo do cliente pela enfermeira**: uma abordagem fenomenológica. 2000. 158 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio e Janeiro, 2000.

SIQUEIRA, T. C. B. A construção da intersubjetividade em Merleau-Ponty. **Revista Educativa**, v. 5, n. 1, p. 119-134, jan./jun. 2002.

TEIXEIRA, E. R. **O desejo e a necessidade no cuidado com o corpo**: uma perspectiva estética na prática de enfermagem. 1998. 199 f. Tese (Doutorado)–Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1992.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e de humanas. 2. ed. Petrópolis, 2003. 685 p.

VEIGA, D. de A. A enfermagem e o paciente que vai morrer. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 113-118, jan. 1984.

WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

#### 1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL:

NOME:.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº .....SEXO: M ( ) F ( )

DATA DE NASCIMENTO...../...../.....

ENDEREÇO.....Nº..... APTO.....

BAIRRO.....CIDADE.....

CEP.....TELEFONE: DDD (.....).....

#### 2 DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA:

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: : O cuidar na experiência humana da morte e do morrer dos pacientes hospitalizados portadores da síndrome de imunodeficiência adquirida – AIDS

1. PESQUISADOR: Maria Teresa Brito Mariotti de Santana
2. CARGO FUNÇÃO: Professora, Discente do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará
3. UNIDADE: Universidade Federal do Ceará
4. AVALIAÇÃO DE RISCO DA PESQUISA – nenhum
5. DURAÇÃO DA PESQUISA: seis meses

#### 3 REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNADO:

JUSTIFICATIVA E OS OBJETIVOS DA PESQUISA: O objetivo do estudo é apreender o sentido e o significado do corpo do profissional de saúde ao cuidar do outro que está morrendo. O cuidado diante da morte e do morrer requer uma equipe multidisciplinar que tenha desenvolvido a consciência da própria morte e este preparo não consta nos currículos dos cursos de formação. É a consciência da morte é a capacidade para conhecer, para saber que conhece e para saber o que sabe que conhece. É uma condição da estrutura orgânica do corpo este

compreendido como um espaço expressivo, conjunto de significações vividas. Ele é o nosso meio geral de ter o mundo. E o acesso do corpo ao mundo se dá graças à percepção, o que se dá pelo olhar, pelos ouvidos, pelo toque, pelo olfato, por tudo o que nos relaciona com o mundo; é na consciência perceptiva que a relação homem-mundo tem sentido. O corpo não pode ser analisado dissociadamente da cultura; esta determina os atributos que devem figurar nele, tanto do ponto de vista moral quanto intelectual. Esse conhecimento é construído através do processo de comunicação e interação social do grupo, a partir das percepções e concepções individuais de cada um conforme a sua historicidade. A equipe de saúde quanto a sua formação é bastante heterogêneo e exige que cada um dê sua contribuição individual e que os julgamentos sejam baseados na construção do conhecimento coletivo, a partir da especificidade do conteúdo produzido. Para obter o seu consentimento para colaborar o objetivo proposto, descrevo a seguir os procedimentos:

- A coleta de dados será feita após a sensibilização dos profissionais de saúde que participarem das oficinas da CUIDADOTECA. Aqueles interessados poderão se cadastrar para se tornar sujeito da pesquisa.
- A entrevista aprofundada, informal e focalizada, com os sujeitos da pesquisa, deverá ser agendada conforme a disponibilidade do mesmo e acontecer em lugar reservado, no intuito de permitir a verbalização da experiência de cuidar do outro morrendo e responderá a pergunta: como você chegou a cuidar de paciente terminal? Como você sente o seu corpo ao cuidar de doentes terminais? Acredito que esta forma o(a) ajudará a manter sua dignidade e liberdade de expressão sobre si mesmo(a).
- O período de coleta de dados deverá acontecer de maio a novembro de 2003, nos turnos da manhã, tarde, conforme critérios estabelecidos para este estudo e na medida em que os voluntários forem se cadastrando.
- A coleta de dados só será realizada após aprovação da Comissão de Ética da Universidade Federal do Ceará (UFC), da instituição hospitalar e da autoridade competente desta instituição, após fornecidas as explicações sobre os objetivos da pesquisa e quaisquer outras que se fizerem necessárias.

- Os dados a serem obtidos, por meio da entrevista aberta serão gravados, após anuência do entrevistado, em fita cassete, e transcritos na sua íntegra pela pesquisadora.

#### 4 ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. Acesso a qualquer tempo às informações sobre os benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da pesquisa.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

#### 5 INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO.

Maria Teresa Brito Mariotti de Santana

Rua: Alberto Magno 412 – Montese – Fortaleza – Ceará.

Fone: 85 – 3088 6488– 8811 0656

#### 6 CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO:

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Fortaleza,

---

Assinatura do sujeito da pesquisa

---

Assinatura do Pesquisador  
(carimbo ou nome legível)

## APÊNDICE B

Ficha de Cadastro

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Iniciais:\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_
2. Profissão:\_\_\_\_\_ Função:\_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_
3. Tempo de trabalho na instituição:\_\_\_\_\_
4. Tempo de trabalho na unidade atual:\_\_\_\_\_
5. Área de atuação em outras unidades e instituição:\_\_\_\_\_
6. Jornada de trabalho semanal: \_\_\_\_\_

### PARTE I – ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS OU EXPRESSÕES

7. Quando se fala sobre a morte o que vem à sua cabeça? Fale cinco palavras e determine a mais importante.

### PARTE II -

8. Você é portadora de alguma patologia confirmada por diagnóstico médico?  
SIM  NÃO  Em caso afirmativo, especifique\_\_\_\_\_
9. Você já sofreu uma parada cárdiorrespiratória (PCR)?  
SIM  NÃO  Em caso afirmativo, especifique\_\_\_\_\_
10. Você já foi vítima de trauma?  
SIM  NÃO  Em caso afirmativo, especifique\_\_\_\_\_
11. Conte sua experiência em cuidar do paciente terminal.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Quando você despertou seu interesse por Tanatologia, a ciência da morte e do morrer?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Que motivou você a participar desta pesquisa?  
\_\_\_\_\_

## APÊNDICE C

### OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

Ilma. Sra.

DD Diretora

Prezada Senhora:

Venho à presença de V.Sa. solicitar autorização para a coleta de dados junto aos profissionais de saúde desta conceituada Instituição. Esta etapa faz parte da pesquisa intitulada: O cuidar na experiência humana da morte e do morrer dos pacientes hospitalizados portadores da síndrome de imunodeficiência adquirida – AIDS

Cabe salientar que a população a ser contatada será a equipe de saúde cujos componentes atendam aos seguintes critérios: atuar junto a pacientes com iminência de morte, terminais ou não; ter interesse de estudo sobre o processo de morte e morrer; possuir idade entre 21 e 60 anos; não ter vivenciado episódio de parada cardiorrespiratória (PCR); não ter diagnóstico médico de doença crônica-degenerativa; não ter sido vítima de traumas físico, mecânico, químico, elétrico ou térmico; dar consentimento informado para participar da pesquisa, após atendido os critérios éticos da portaria 196/96, que rege sobre pesquisa com seres humanos; concordarem voluntariamente em participar do estudo. A estratégia para a coleta de dados será grupo focal e entrevista aprofundada, gravada após anuência do (a) entrevistado (a).

Outrossim, informo que o relatório da pesquisa será apresentado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Certa de contar com a colaboração de V.Sa., agradeço antecipadamente e me coloco à disposição para os esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

---

Ma. Teresa B. Mariotti de Santana - Coren-BA, 17313  
Doutoranda em Enfermagem da UFC

## APÊNDICE D

### OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO AO CONASPE

Fortaleza,

À Comissão de Ética e Pesquisa

Prezados (as) Senhores (as):

Venho por meio desta solicitar dessa egrégia comissão o parecer sobre a pesquisa que pretendo realizar nesta cidade, cujo título está assim determinado: O cuidar na experiência humana da morte e do morrer dos pacientes hospitalizados portadores da síndrome de imunodeficiência adquirida – AIDS

Para tanto, estou encaminhando em anexo o projeto de pesquisa elaborado e informo que este já foi aprovado em 19/12 /2002.

Outrossim, também estou encaminhando o termo de consentimento esclarecido, fundamentado na Resolução 196/96.

No aguardo do parecer dessa conceituada comissão, agradeço antecipadamente a atenção dispensada, colocando-me à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,

---

Ma. Teresa B. Mariotti de Santana - Coren-BA, 17313  
Doutoranda em Enfermagem da UFC

## **ANEXOS**



## ANEXO A

### DEPOIMENTOS

#### Entrevista 1 – FREÍÁ

Nunca tinha trabalhado com paciente terminal. Fui preparada por Durga de uma forma muito teórica e, aprendi a sentir a dor do outro, a respeitar muito esse momento, a família e o próprio paciente. Acho até que me sair bem, sabe Teresa, eu conseguir não morrer junto, continuar assistindo os pacientes adultos, como profissional do serviço social, mesmo sofrendo muito por dentro. Cuido do paciente terminal adulto, vejo o que ele queria da vida, respeito a sua família, isso até o último momento. Agora, quando se trata da criança, eu travo, eu me reporto a minha família, a meus filhos. Quando o paciente é adulto, eu não faço essa ligação com a família, mas quando é criança, eu já tenho um trato completamente diferente, é de trava, é de choque. Eu sofro como se a perda fosse minha. Eu não consigo trabalhar. Eu choro junto. Não consigo intervir, como o Serviço Social exige da gente, como profissional, neste momento. Eu me fragilizo, tanto quanto a mãe e o próprio paciente.

Eu tive uma experiência com criança, vítima de um acidente aqui perto. Ele era filho único. Era uma situação bem atípica: a mãe era a segunda mulher desse homem, que era seu pai. Era uma família à parte. Foi um sofrimento muito grande para a mãe desse menino e eu que tive que dar a notícia de morte para ela e me desmontei toda. Conseguir tudo fazer, mas eu quase não conseguia. Foi muito difícil para mim. Foi a única vez que conseguir e fujo disso. Quando chega um paciente grave com meningocócica, qualquer outra coisa, eu ajudo as colegas, faço qualquer coisa, mas eu estar diretamente envolvida, principalmente, com mãe e pai eu fujo.

Nós perdemos uma jovem na unidade. Havia uma briga entre o marido e a família dela. Ela saiu da casa paterna, quando se casou. Seu pai não aceitou o casamento, rompendo os laços. Quando ela adoeceu, o pai voltou a procurá-la e, a visitava, quando o marido não estava em casa. Quando ela foi entubada, o pai vinha em um horário e o marido em outro. Terminou ficando um ao lado do outro. A gente fez, assim, um trabalho intenso para unir esses dois homens, nessa hora.

Conversamos com a paciente sobre a grande vantagem de juntar, os dois, seu pai e seu marido, ao saber que ela ia morrer. Ela estava grave, mas queria muito saber se seu pai e a sua mãe estavam aceitando essa decisão dela de ter casado com ele. A gente achou que tinha conseguido obter essa aceitação de seus pais. Ela faleceu sabendo que eles tinham conversado. Depois que ela faleceu, na hora do sepultamento, toda a inimizade emergiu novamente. O pai dela queria sepultá-la no mausoléu da família e, o marido queria no dele. As pessoas carentes disputando o corpo. Cada um com sua dignidade, querendo fazer o seu enterro da melhor forma, mas foi uma luta para a gente achar um meio termo. O maior argumento da família foi ter vivido 28 anos com ela e, se não me engano, ela tinha 9 anos de casada. A família alegou ter mais tempo com ela e o marido abriu mão. Isso é a dor da família. É grande e essas coisas que a gente pensa ser pequena, aparecem com uma força tão grande, neste momento, mais do que se não tivesse a morte morrida. Foi difícil pra gente prestar essa assistência.

Lembro de um paciente bem solitário, com diagnóstico de SIDA, que queria arranjar um namorado antes de morrer e eu não sei se ele conseguiu arranjar o namorado dele. Ele morava de aluguel, no fundo do quintal de um amigo. Quando a gente conversava, ele falava do seu sonho de arranjar um namorado e da falta de êxito na realização desse sonho. Conversei, até o último momento, da condição de realizar esse sonho dele. Na verdade eu nem acreditava nisso. Falava mais para consolar ele. Quando um dia voltei a procurá-lo, ele tinha ido a óbito. Eu nem esperava, pois não estava tão grave. Eu me lembro muito dessa luta dele, em busca de um relacionamento amoroso.

Lembro, também, de um rapaz que foi abandonado por uma família de classe média alta, quando soube da opção sexual que ele tinha feito. Uma história incrível de abandono. A família não quis mais saber dele. Quando ele já estava perto de morrer, queria muito ver o pai. Não fui eu que assisti esse último momento, foi uma outra colega que conseguiu esse feito trazendo a família de volta para ele, como era seu desejo. A família não queria saber dele, mas quando foi informada sobre o estado de saúde dele, repensou tudo isso. Como profissional isso dói muito na gente. É um trabalho quase impossível de fazer. Mexe na legalidade toda. Você tem que fazer, você tem que dá conta disso. Saber que quem está ali, deitado e morrendo, não é um número, uma coisa e, sim uma pessoa, ainda, com seus

desejos de última hora. A gente deve facilitar ao máximo os meios para ele fazer, realizar, todos, resolver seus problemas legais. Eles perguntam até: “Como é que eu vou fazer... a minha casa como é que fica...?”

Vai crescendo, crescendo, assim, quando eu recuo, eu vejo que perdi alguma coisa, principalmente, nesta questão de pediatria. Quando eu recuo...mas quando a gente enfrenta... Na última vez que eu estava no Serviço Social, já em 2001, eu fui arrastada por uma mãe, que havia perdido o filho na unidade D pra ver o corpo. Ela estava em prantos. Quando olhei para ele, estava sendo lavado, sendo banhado o corpo. Observei aquela higiene toda para ser feito o pacote e a mãe me mostrando: “Doutora, doutora olhe o meu filho como é que ele ficou, olhe meu filho...”. Era como se ele não tivesse morrido pra ela e eu fiquei: “Meu Deus do céu...” – “ele morreu, ele morreu, ele morreu...”, ela dizia no meio. Isso era seis e meia da noite eu querendo resistir, ela me puxando, cheguei lá assisti ela abraçada com ele todo ensaboado. Depois disso a gente reflete tanto...Então é de crescimento, é de crescimento.

Outra experiência com o morrer foi como participante do setor de Recursos Humanos. A gente se esforça para comparecer ao sepultamento, principalmente, se for de uma colega, ou de seus familiares pais, mães. Esse esforço é por força da coordenação de recursos humanos. É engraçado. É uma morte diferente, porque você não está assistindo como profissional da assistência social nessa hora. Eu me sinto na solidariedade dando aquela força mas o sentimento de você refletir, que a vida é curta, de que tanto faz está no terminal, de qualquer forma você é uma chama e você vai mesmo. Isso passa por você, são morreres diferentes, com certeza a forma de ver, porque, quando você acompanha a pessoa que morre como profissional de saúde, você cria laços muito fortes, aí é diferente. Eu participar de um enterro de uma colega é muito doloroso se essa colega tiver trabalhado comigo mais de perto, o que não aconteceu ainda ... só fui até agora pra um de uma auxiliar de enfermagem que a gente não trabalhava com ela. E os sepultamentos de pais e de mães nós já fomos a vários, mas você ir para de um paciente que você acompanhou como profissional e criou laços é uma perda incrível.

Um paciente que eu acompanhei bem mais de perto. Nossa colega. Ela faleceu com CA. Ela tirou as licenças, a gente orientou tudo e, quando ela veio a óbito nós fomos umas das primeiras a serem avisadas. Fomos ao sepultamento

lamentando e sentindo um estranhamento. A gente sente que não está ali naquele momento. Pega o colega ali morto e já é para sepultar mesmo. Na mesma hora, no velório a gente está com a família tratando do pós-morte, da pensão de tudo que a família chega junto. Então ali a gente sente, é claro, não tem condições de não sentir. A gente sente, reflete as perdas que todo mundo passa, como a gente, também, está vulnerável para sentir a perda de uma mãe, a perda de um pai dos funcionários ou a perda dessa menina que morreu, era quase da minha idade, a gente ter um CA e deixar os filhos sozinhos. Então, de qualquer forma, há uma empatia. Você sofre no lugar daquele filho, percebendo que eu podia está sofrendo, também, e os filhos poderiam está sofrendo no lugar dele na minha perda. É nesse ponto de se colocar no lugar, de está sofrendo, eu não sei como eu digo a diferença, se é uma diferença de o sentir por que é um vínculo mais profundo, porque você acompanha mais. Eu acompanhei aquele paciente, os seus dramas de vida, os filhos, os contatos com a família, com a mulher e tudo. A gente acompanha mais, enquanto que um funcionário, ou um de seus familiares, normalmente a gente vai mais como um dever. Aí lá, é aquilo que todo mundo pensa, é a morte, é o fim, chega para todo mundo, é uma pena é uma coisa mais superficial eu acho.

No momento da experiência, percebo meu corpo completamente vulnerável, precisando de cuidados. A gente cuida muito pouco do corpo da gente, se descuida mesmo. O dia-a-dia da rotina cobra e, a gente não olha. Como profissional de saúde, estou falando de mim, eu deixo muito a desejar, se faço exame, não vou buscar o resultado. Nesse momento eu disse: “Meu Deus, eu vou ao médico tal dia, eu vou cuidar” – aí começo a repensar, realmente, cuido muito pouco do meu corpo, você imagina da mente...a sensação física é um cansaço, um pós-cansaço, uma ressaca. É assim, sabe Teresa, quando você passa reflete, você supera, você suprime o cotidiano com uma morte, seja de paciente, seja de familiares, você suspende seu cotidiano.

Você começa, de qualquer forma, a pensar que você pode morrer também. Você sente o seu corpo meio leve. Isso é uma ressaca que ele está vivendo. Há meu Deus! De repente a sua mente faz você suspender tudo. Você procura, como se procurasse força, procura o seu corpo e você não encontra mais, ou então, encontra-o bem leve. Daqui a pouco volta tudo de novo, vai voltando. Sinto o peso do pé, o cansaço da coluna, comigo funciona assim: como uma suspensão, ele fica leve,

naquele momento de dor, você fica, assim refletindo, suspende esse cotidiano todo. Quando a gente volta parece até que ele volta mais cansado, pós-ressaca. É muita dor na coluna e muita dor nas pernas é o que eu sinto mais, muito mesmo a coluna a parte cervical, então é o que eu sinto mais, acumula muito essa parte cervical. Eu sinto muito mesmo, na semana que eu não faço acupuntura, eu gemo mais.

Quando se está na assistência com o paciente e, se envolve completamente, o corpo, a gente sente muito mais exaustão do que o da enfermagem, o da enfermagem a exaustão é física, lá emocionalmente, ela vai se envolver com o serviço social, mas o serviço social se envolve muito mais, é como se a gente não tivesse, a gente não soubesse até onde a gente pode ir sabe. Há dores, a mente ocupadíssima, é você um estresse muito grande, um estresse. Você termina indo para casa, briga com o filho, briga com o marido ou não tem mais condições físicas de está fazendo comida, nem de está ajeitando colégio, escola de menino, tarefa de menino porque você está exaurida.

## **Entrevista 2 – DURGA**

Teresa, antes de vir para este hospital, passei 18 anos trabalhando com meninos de rua, outra realidade, meninos de alta periculosidade, criança para adoção, mas não lidava com a morte do corpo físico. Era a morte social. Não lidava com essa morte orgânica. Então, quando passei a trabalhar nesse hospital, sentir meu corpo, durante mais ou menos um mês ou dois, como se tivesse engolido uma macaúba que não saia do meu pescoço. Era o tempo todo aquele engasgo. O meu marido dizia: “Então volta para onde estava, não dá para ficar aí, não se você tem vontade de chorar por tudo, não quer sair, não vai a um cinema, é melhor não ficar nesse hospital”. Essa sensação era muito comum no início. Eu saía daqui engasgada, como se eu tivesse engolido uma coisa que não conseguia botar para fora e nem engolir. Sentia aquela vontade de chorar.

Eu tenho nove anos que estou aqui e muito mais do que a AIDS ou a meningite brusca, como é a meningite meningocócica, a doença que mais me choca é o da hidrofobia, porque a família é pega de surpresa. Desconhece que a hidrofobia muitas vezes é fatal. É uma doença sem nenhuma esperança de vida, nenhuma possibilidade terapêutica. Essa doença mexe muito com a gente, porque é uma

doença primária, fácil de ser prevenida, com a vacinação do animal. Se o animal estiver vacinado ele é evitada. É uma doença que não tem medicamento para dar, não pode dar alimento ao paciente, só faz conte-lo e esperar\_morrer. O paciente fica babando, rugindo, pulando, toma atitudes bem animais. Então, é preciso conter o paciente no leito até ele falecer. É uma situação desesperadora, angustiante. A morte por essa doença é muito dolorosa, tanto para o profissional como para o paciente e seus familiares.

Assim, o fato que me marcou muito foi um rapazinho de 14 anos, que morava no interior e foi mordido por um suíno na noite de ano novo. Quando soltaram os fogos, o suíno entrou na casa dele e o mordeu e o menino pegou a hidrofobia. A família ficou com uma angústia muito grande, porque era uma família católica, mais por morar muito alto, na serra, muito distante da cidade, não tinham nem sequer uma capela. Por isso nunca tinha batizado esse menino e queria batizar, agora que ele estava para morrer. Era uma necessidade muito grande da família, pois tinha a crença que se o menino de 12 anos morresse pagão ele não seria salvo. Pediu um padre. Os profissionais achavam um absurdo em atender aquele pedido, porque ia ser incompatível com a conduta médica, não podia ter água nenhuma perto do paciente, para ele não desenvolver mais crise ainda. Esses profissionais eram os auxiliares de enfermagem e até a própria enfermeira no dia do local: “Mas como é que vai batizar se tem água?”

A gente sabia que aquilo era importante para a família. Os pais estavam ali, no momento de despedida do seu ente querido e, ainda, tinha um conflito na cabeça deles de que o filho ia morrer pagão. Conseguimos conversar com o padre que é o capelão da assistência, aqui no hospital. Ele fez o batismo da criança e não houve nenhum problema, pois o menino não teve nenhuma reação que eles esperavam, prevista na literatura científica, que se tiver água, se tiver vento ele vai avançar ou alguma coisa assim. Ele morreu muito sereno, porque o deixam dopado, até um tempo que chega o fim, às vezes, um dia, dois, três, quatro até cinco dias e foi assim. Infelizmente a gente teve esse caso.

Tive uma outra experiência com uma garota de 15 anos, também com hidrofobia. Mexe muito comigo, porque dá uma sensação de impotência. Você tem que ser uma pessoa real para a família e não pode dar nenhuma esperança de vida. Isto é, para o paciente com AIDS, você diz vamos esperar que ele volte para o

ambulatório, faça tratamento, esperar que ele tem uma adesão boa. Ele pode ter uma expectativa de vida, mesmo sendo portador do vírus “HIV” . Nos dias de hoje, já se tem uma expectativa de vida, como se vive com a cardiopatia, uma meningite, um tétano. Quando agrava, vai para uma UTI, tem possibilidade de esperar um retorno, mesmo o paciente que entra em coma, ele tem possibilidade de reverter esse coma.

Na hidrofobia não há nenhuma esperança. Você tem que dizer para a família: “Ele não vai sair, ele vai falecer mãe, ele vai morrer, pode ser hoje, pode ser amanhã ou depois vão tendo essa certeza”. Então, você chegar a dizer isso pra uma mãe de uma criança, mordida por seu cãozinho de estimação... E nós lidamos com o dia-a-dia de morte, mas não ficamos insensíveis. Você se coloca no lugar de ouvir a pessoa dizer: “Se prepara daqui uma hora, duas, dois dias ou três você vai sepultar seu filho, entendeu?” Então, assim é muito diferente, quando eu digo mexe, porque você tem que ter essa coragem de se confrontar com essa realidade, essa cruza de dizer: “Ele vai já morrer ninguém sabe o tempo” É diferente do outro que a gente pode dar uma esperança, que alimenta e, é a última que morre.

Não é que a gente se acostumou a isso, mas a experiência foi fazendo a gente se trabalhar, para não me sentir mais assim, tão engasgada Hoje em dia consigo lidar o dia todo com isso: comunicar o resultado do exame de HIV, chamar a família para avisar que o paciente foi transferido para UTI, e, comunicar a gravidade do estado de saúde, a dependência de uma máquina. Esse nó não sai. Eu sei que eu sinto, porque as vezes volto para casa dolorida, como se tivesse andado muito, mesmo tendo passado o dia aqui dentro, sentada neste gabinete. O corpo sente quando uma situação que é terrível, por exemplo, quando eu vou trabalhar um adolescente, um adulto jovem da idade dos meus filhos 18, 20 e 21 anos com AIDS. Eu sinto aquela sensação de sentir como se fosse meu filho, pra eu trabalhar com aquela mãe.

Às vezes eu vou dirigindo, quando menos espero as lágrimas estão descendo no meu rosto e pingando na direção. É no momento em que estou relembando o comunicado que tive de fazer sobre o resultado do exame de HIV, de uma menina que acabou de entrar na UNIFOR, que tinha todo um sonho: botar com o namorado uma lojinha de vender caldo de cana e pastel. Na primeira e única relação da vida dela, no Fortal ela se contaminou um paulistinho que morreu aqui, de AIDS, uma menina com idade das minhas. Eu imagino todos os sonhos que a gente tem pra elas, a formatura, o casamento, os filhos e outras coisas. Sinto está

convivendo com a situação de uma pessoa igual a sua entendeu, então isso mexe muito com você...eu acho que o estresse que a gente sente é decorrente de você conviver com essa realidade tão dura e ter tão poucas válvulas de escape.

O Serviço Social ele além de lidar com essas situações de morte. Ele lida com toda a dificuldade com da vida social, também, como não ter moradia, não ter comida, não ter vale transporte, não ter cuidador, não ter apoio familiar, não ter casa. Então, assim é muita carga em cima do profissional que recebe a morte física e, mais essa morte social caracterizada pelo preconceito, pelo abandono: o paciente é expulso da sua cidade de origem; o paciente que chegou na idade adulta sem ter registro; o paciente que está desabrigado, morando na rua com a família. Isso o dia todo e todo o dia. Como Serviço Social, a gente vai lutar para que o paciente tenha direito a ser um cidadão com o registro, alimentação, moradia e acesso aos serviços de saúde. Tudo isso é morte também, e vai matando um pouquinho da gente.

Eu tenho uma coisa comigo. Eu quando estou ansiosa, chateada, angustiada, quando estou deprimida ou alguma situação assim, eu fico extremamente gulosa, meu apetite aumenta e eu engordo. Agora, estou muito mais gorda do que o meu normal, porque estou passando por dificuldade de saúde com meu marido. Percebo quando estou bem direitinha na dieta, aí aparece uma situação bem angustiante, bem desesperada no Serviço Social. Quando menos espero, me encontro no seu Zé pegando uma barrinha e me pego comendo, entendeu? Então, isso é muito normal da minha personalidade. Utilizo como válvula de escape, a comida. Então, assim, eu estar gorda, pode ir atrás que está tendo muita coisa aí dentro brabo ou da minha vida pessoal pra eu ta ansiosa e compensando. Eu não sou assim de sentir dor de estômago, de sentir dor de cabeça de ficar com gastrite não, mas eu reflito nessa ansiedade, que eu compenso com a comida, Infelizmente. Essa fome não é fome verdadeira, é uma fome compensatória, pra compensar essa ansiedade que eu tenho, tento trabalhar assim caminhando todos os dias de manhã indo aos finais de semana...dá uma vontade louca de comer, de comer sem parar.

Eu tenho outra coisa em mim, quando estou preocupada, ansiosa, chateada. Eu fico com um franzido na testa, quando ouço uma história, bem triste, de um paciente, que está numa escuta ativa comigo, deixa um vinco aqui (passa a mão no espaço entre as sobrancelhas), como se estivesse extremamente preocupada. Eu



tenho sempre isso, eu devo ter cuidado, porque chega ficar marcando, já botei botoque aqui na testa, então, eu vou ter que botar a vida toda, porque no meu corpo a pessoa vai me contando a história ou eu vou presenciando e vou me angustiando com aquela situação daquele paciente e vou franzindo a testa, entendeu? Eu percebo muito, sabe, às vezes as meninas falam: “Desfranse a testa”, quando a pessoa está aqui contando uma história, ou eu dando uma orientação após um HIV positivo e a testa franzindo, assim (ela franse a testa para demonstrar).

Outras vezes é assim, olhe, (expõe o colo e vejo o rubor, vermelho). Isso em meu corpo, acontece quando vivencio uma situação constrangedora. Eu fico com essa parte aqui meio avermelhada. (observei que o colo estava rubro). É uma sensação de constrangimento mais do que de emoção, dor ou angústia, sabe? Outro dia, antes de ir para o hospital, fui deixar a minha filha na UNIFOR. No caminho ela começou a cansar muito. Começou uma crise muito séria de cansaço. Precisava urgente de atendimento. Combinei com ela de ir direto para o hospital, para ela tomar um aerosol no ambulatório e, quando ela melhorasse da crise eu a levaria para a UNIFOR.

Ao mesmo tempo, em que estava preocupada em atender a urgência da minha filha, estava preocupada, também, com a chegada da família de um paciente internado, que eu pedir para comparecer ao hospital, para avisar sobre o óbito desse paciente, pois a gente nunca diz isso ao telefone, porque ninguém sabe o que vai se passar do outro lado da linha. Enquanto me dirigia ao hospital, imaginava que se a família não tivesse chegado, eu me dirigiria com ela, direto para o ambulatório, para ela fazer o aerosol.

Quando entrei no hospital, estava ao lado da portaria, um casal que eu desconhecia. Ansiosa para levar a minha filha, para tomar o aerosol, e, preocupada com o aviso de óbito que teria de dar, sem ter o devido cuidado com a privacidade do paciente, eu fui chegando pra a pessoa da portaria perguntando: “Dona Maat, os familiares do seu Fulano, que foi a óbito já chegaram?” Quando eu disse isso, a pessoa que eu estava procurando, eram as duas pessoas que estavam ao lado da portaria. Era o casal que eu tinha chamado. Ela ouviu e desmaiou na portaria. Horrível, Ave-Maria, eu fiquei numa aflição tão grande, para chamar logo um maqueiro, para pegar aquela pessoa que tinha caído. Eu não percebi, depois minha menina disse: “Mãe eu não sabia se acudia primeiro a que desmaiou ou se era você,

porque você ficou toda vermelha”. Essa foi à sensação de constrangimento que eu passei, acho de raiva, pela falta de cuidado que eu tive com o familiar do paciente. Eu estava sabendo o tanto de sofrimento que aquela família estava passando, pelo o que eu tinha feito. Entendeu? Eu sou uma pessoa extremamente cuidadosa, na forma de colocar o aviso de óbito. Eu deixo a pessoa falar a vontade e quando eu vejo que a pessoa está desarmada, preocupada eu entro com o assunto e, nesse dia aconteceu isso (risos).

Eu lembro de uma outra experiência. Estava internado um paciente bem jovem, do Rio Grande do Sul. Ele era de Curitiba, pertencia a uma família abastada. Tinha sido manequim. Quando descobriu sua soropositividade, não queria que a família soubesse. Veio embora para o Nordeste, e veio pra cá, para esse hospital. Quando ele estava muito grave, eu comecei a conversar com ele, sobre a ajuda que sua família poderia lhe prestar. Ele se negava a dar qualquer endereço. De repente ele deixou de falar, não dava mais uma palavra. Passou quase um mês, sem que ele verbalizasse mais uma palavra. Eu dizia pra ele: “Eu posso abrir a sua bolsa, tirar o endereço de seus pais e conversar com eles. Eles devem estar preocupados com você”. As meninas do Girassol, que já estão muito acostumadas a fazer a leitura dessas pessoas terminais, que não estão verbalizando, nem deambulando, disseram: “Durga, eu acho que ele concorda”.

Na sua bolsa, consegui encontrar um telefone, liguei e falei com uma amiga de trabalho. Ele trabalhava com computação, também. Ela mandou uma carta com um bocado de foto, cartões das pessoas dizendo que o amavam, podia contar com eles. Na carta ela dizia, que os amigos sabiam o que estava antecedendo e, estavam torcendo por ele, ia dar tudo certo. Então, eu fui lá na frente e disse: “Se você estiver me ouvindo, eu estou aqui com as fotos, com a carta que mandaram pra você” – ele mexia os olhos, não dizia nada. “Eu vou colocar pra você vê daí”. Eu fui mostrei pra ele e, desceu uma lágrima bem aqui nele (mostrou com o dedo indicador o canto externo do olho direito).

Fui pregar na parede os cartões bem lindos, as fotos enviadas. Minhas mãos tremiam, enquanto eu ia pregando todas as fotos e os cartões que ele havia recebido, no azulejo. O tremor das minhas mãos me dizia, a missão foi cumprida. Eu sentia a emoção de ter visto aquele menino, há um mês sem dar sinal de vida, ficar muito emocionado, quando a gente localizou gente dele. Ele só estava esperando

saber, se alguém ia lembrar dele. No dia seguinte ele morreu. Foi assim. Lembro, assim, como se fosse hoje, foi uma emoção forte que eu sentir, agora chega....

Tive experiências pessoais de morte e soube enfrentar, porque eu vivo muito preparada pra uma vida boa e não fico pensando na morte, Na minha família, enfrentei a morte do meu pai, do meu sogro, do meu irmão. O meu sogro era o mesmo que ser meu pai. Sou forte, porque tenho uma visão muito bonita da morte, pela minha fé e pela minha experiência. Eu sei que a gente vai passar para uma coisa melhor. Então eu não sou de me descabelar. Eu vi que o meu pai estava morto e avisei para minha mãe. Na hora em que o caixão ia descendo, fui agradecendo a Deus por tudo que ele fez pela gente, entregando ele nas mãos de Deus. Não sou uma pessoa que lida com problemas. Sempre na minha família, quem vai avisar alguma coisa de morte sou eu, porque o pessoal acha, que a gente que trabalha em hospital, sabe fazer essas coisas.

Eu não sou uma pessoa extrovertida, de demonstrar muito sentimento. Eu não sou de chorar quando estou ouvindo uma história. Eu admiro uma pessoa que diz assim: o paciente está chorando e ela chorando junto, porque é uma pessoa extrovertida, uma pessoa que expressa melhor os seus pensamentos. Eu acho que eu convivo bem, assim, pelo menos eu não perdi mãe, nem marido, nem filho, pessoa mais próximas, mais eu não tenho assim grandes problemas não de adoecer, de cair em depressão de ficar como tem pessoas que ficam sabe... lidar bem com a questão da morte, acho que sim, achava bom ir lá pra casa do meu pai ficar olhando as coisas que ele gostava, tentava ajudar a minha mãe que levou muito tempo pra digerir essa situação de luto, passou muito tempo sem aceitar, um luto mal resolvido, eu acho que só.

Eu trabalho aqui direto com a morte iminente, toda hora a morte com os paciente de AIDS, a morte que pega de surpresa, as mortes da UTI, as morte da emergência e eu preciso me preparar um pouquinho para lidar com isso, porque a gente não tem isso nas escolas, a gente não é formada pra morte pela família, pra lidar com isso, não se toca nesse assunto nos bancos das academias quase nada .

### Entrevista 3 – BRÍGIDA

Está com um ano que eu estou aqui. Quando eu vejo um paciente terminal a gente se transforma: o corpo da gente fica tenso, eu não sei se eu produzo o que tenho que produzir, o que devo fazer com esse corpo pesado. Não sei se é a impotência, não sei se é a angústia, se é o desejo de fazer aquele paciente ter uma sobrevida melhor, não sei qual a ânsia, mas o corpo fica tenso, mas continuo agindo em cima disso, em cima principalmente, voltada para o paciente, querendo fazer por ele e, eu esqueço o meu corpo. Depois estou rígida com isso duro tenso (pega nos ombros com as mãos para demonstrar a rigidez). Procuo fazer um tipo de exercício, que eu deveria fazer antes do atendimento, faço depois, por causa do imediatismo da resposta ao chamado na unidade tal, a gente vai logo (bate com as mãos para demonstrar o impacto do chamado e o imediatismo com que vai atender). Então a gente esquece de fazer aquele relaxamento, de ver o próprio corpo antes, a gente esquece. Pode ser uma falha aí, não sei.

Então, a gente atende o chamado da unidade e procura envolver a família, procura envolver os amigos para contribuir naquele tratamento, porque o hospital ele contribui 50%, a família contribui com o compromisso, o afeto, a dedicação, o companheirismo e tudo isso fortalece o paciente na sua melhora, no seu bem estar, até para o seu óbito ele tem um óbito mais tranqüilo, quando se sente querido e amado pelos presentes, se sente em paz, por exemplo tem paciente que às vezes não se dá com filho, com mãe, com não sei o quê, e quando a gente proporciona isso, a gente consegue fazer o paciente ficar mais confortável nessa situação, mas a gente continua esquecendo do corpo da gente de como a gente está. Não sei como é...acho que isso deveria ser mais trabalhado dentro de um hospital assim, porque a gente como assistente social sente isso, procurando uma melhora, nesse sentido, com a família toda. Eu acredito que os outros também sentem, pois termina sendo algumas coisas automáticas. É uma coisa fundamental essa necessidade de cuidar do corpo do profissional, que trabalha na área de saúde, como, também, o profissional em qualquer área.

Como assistente social, acompanhei um paciente com hidrofobia. Ele vivia ausente da família. Era de outro Estado. Quando foi chamada, a família veio, um dos irmãos era psicólogo. A família estava agitada demais, hora injuriada, ora

revoltada, ora consciente, ora aceitando. Neste clima eu conseguia abraçar e aclamar esta família, com ternura, com identificação, identidade do sofrimento e conseguir isso. A chefe chegou até a dizer assim: “Você é a única pessoa que consegue, porque o pessoal está revoltado”. Eu consegui isso, ficava sempre perto, sempre junto, apertava a mão, ficava do lado, fazia sentir que eu estava compreendendo. Então, vez ou outra, um abraço e nesses abraços ela, a família chegou a me dizer que não tinha encontrado nada disso em hospital nenhum da vida, nem quando pariu, nem quando a mãe dizendo.

Eu fiquei tão tensa quanto...Muito emocionada, na sensação, no corpo... no corpo... na hora que a família chorava era como se eu sentisse a mesma dor, também, chorava (silêncio). Então, fazia um esforço enorme, para não chorar, para não deixar a família mais abalada do que já estava, porque era morte certa. Então, eu tentava conversar com quem estava mais calmo, para que ele desse mais força, para que a família, que era forte e tal, mas eu me sentia muito rígida, muito tensa, muito sofrida também. Sentia dor. Dor é sensação nos ombros... era um aperto mesmo, um aperto assim no peito aquela vontade de chorar. Sentia muita identidade, assim, essa compreensão de estar no lugar. Muito de estar no lugar, então eu chorava junto, procurava não chorar tentando ser forte, mas era essa a emoção, me colocando no lugar da mãe, especialmente, de perder um filho numa situação irreversível, por uma coisa assim não vacinaram o animal, porque a hidrofobia pode ser evitada, foi só ignorância...coloquei-me no lugar da mãe...e do irmão. O irmão era o único que tinha estudado. Muito indignado, eu tinha muita pena do irmão, muito indignado, porque não conseguiu fazer nada, se sentiu muito impotente diante de tudo e do irmão tinha muita dó e procurava dar força, da mãe eu chorava junto com ela...

O outro paciente que acompanhei foi agora, recente. Ele foi para São Paulo, não chegou a óbito. Tinha 21 anos de idade, estava com CA, com metástase. Toda a vez que passava no leito, ele estendia a mão para mim e eu pegava na mão dele. Ele achava que eu era a única pessoa que ficava do lado dele, porque eu pegava na mão e ficava com a mão ali do lado dele. Eu perguntava: “o que você quer? estou perto de você, o que você quer?” Ele disse: “Fica comigo, porque eu estou só” Eu chorava...(vem o choro enquanto fala). A emoção vem... (continua o choro). Eu chorava também com ele. Agora, também, tem uma identidade, muito forte, meu pai morreu de CA, tive uma identidade muito grande com esse paciente. Eu tentei ir atrás da família dele. Conseguir

que um primo viesse, para fazer companhia para ele não ficar tão só. Eu não estava todo dia no hospital e, não podia ficar o meu plantão inteiro perto dele, havia os outros, que eu tinha de passar, mas eu não deixava de passar lá. Toda a vez que eu passava, ele pegava na minha mão, me pedia água, me pedia uma coisa e me pedia para eu passar sempre lá, que era muito bom eu estar lá. Ele estava medicado com morfina, que era muito forte e ele tinha uma coisa comigo. Toda vez que eu chegava ele só fazia estender a mão, ele olhava e falava: “Você veio”, aí segurava a minha mão e aí ficava apertando, apertando era só isso.

Foi muito forte. Eu sentia que meu corpo ficava duro, quando estava com ele. Nossa, eu saía, que saía assim, me remexendo todinha (demonstra com o corpo o movimento que fazia). Achava que não tinha feito nada, me sentia impotente e desse eu não conseguir o sorriso, só conseguir o aperto de mão, mas eu conseguir alguma coisa. ... (choro). Sentia muita pena dele (voz embargada pelo choro) ter que ir para São Paulo, para poder morrer junto da mãe, porque o pai já tinha abandonado, há muito tempo não vinha, o primo que veio não podia ficar, porque tinha família, então, ele foi para São Paulo. A mãe conseguiu lá no emprego de São Paulo, uma passagem dele de ida, para ele ser encaminhado para um hospital público de lá, ele pelo menos vai morrer junto da mãe, não vai morrer só... (a voz desaparece com o choro) ...não vai morrer só... (repetia bem baixinho diante do choro que se manifestava após tanto tempo guardado e contido) ...foi isso (conseguiu pronunciar em meio ao choro silencioso) ...é... muito obrigada.... (o choro se faz mais presente) ...ele viajou sábado agora... é bem recente, é uma coisa que está bem recente ...já soube que ele está na Santa Casa lá... as meninas se comunicaram e eu já soube. Fui atrás, está lá na Santa Casa sendo acompanhado....e eu tentando me segurar...(sorriso e choro)...por mais que a gente não queira a gente se envolve mesmo...

Agora, desabafando sinto meu corpo mais leve, eu não falei, não tinha falado.....é a primeira vez que falo sobre isso e, me sinto mais leve. A única coisa que eu falava quando vinha de lá, era eu tenho tanta pena desse paciente, era só isso que eu dizia. Acho que eu não conseguia falar mais do que isso. Até o fato dele ter ido, eu me sentir aliviada dele ter ido ficar junto de alguém, com a mãe, que era o que ele mais me pedia, ele se sentia só, abandonado, não tinha ninguém, ele

sempre dizia isto, eu estou só, estou morrendo de dor, estou só. Era isso que dava muita pena dele, 21 anos, nem sequer se levantava mais.

#### **Entrevista 4 – UZUME**

Trabalho nesta instituição há 04 anos e 04 meses. Atualmente estou em uma unidade onde se encontram os portadores de doenças infecto-contagiosas. Tem outras unidades que são referencial para os pacientes portadores de AIDS. A minha função é fazer entrevista social é...encaminhamentos, atendimentos aos doentes e seus familiares etc...às vezes....(silêncio)... no meu plantão quando o paciente está morrendo, eu sou chamada. Às vezes tem alguns familiares dele acompanhando, eu tiro de junto de deixo a acompanhante na sala com outra colega e volto lá, junto com a secretária para dar assistência ao paciente...às vezes fico com a acompanhante na sala...é muito relativo. Morrer é esquisito...mas eu acho normal. Desde quando meu pai morreu, eu vivo preparada, sempre me trabalhando...acho normal, pois é o que temos de certo na vida (silêncio)... dá aquele sentimento de perda naquele momento...(silêncio) ... perda é o que sinto... e também tem o sofrimento do luto...depois eu vou passar pelo luto, não é o luto do vestido preto, é o luto do meu coração. Depois vem aquela saudade (silêncio). Fica a imagem daquele momento (faz um gesto com a mão referindo-se à morte) para eu tirar...eu tirar...da minha cabeça...eu fico sempre com aquela imagem vários dias, daquela cena que eu assistir ou não assistir mas vi. A lembrança permanece para sempre, com amor quando a perda é de um familiar, quando é sangue da gente, quando não, fica aquela lembrança que sempre se fala, a gente comenta entre nós, porque às vezes tem paciente que não quer morrer (fala rindo) que você sente que ele não quer morrer, aí ele morre. Você sempre fica com aquela lembrança, daquele paciente que não queria morrer, mas chegou a hora...aí vem a conformação de sempre...(fica séria e faz silêncio), chegou a hora...(engole os ombros) ...Deus quis e tudo, mas fica a lembrança...é assim meio triste, meio sofrido cuidar de um paciente terminal. Eu sinto muito e chego a chora, não na frente do paciente, mas às vezes sim, até na frente do paciente quando não tem nenhum familiar, porque o paciente terminal é...a maioria nem fala, é difícil aquele que morre falando, consciente. Então, a gente conversa mais com a família, conformando, dando apoio a pessoa. Você

dando apoio, mostrando que a vida é isso, que nós temos de certo na vida é isso. Digo essas coisas, não sei se é certo ou não. É assim quando converso com a família, eu nunca peguei um paciente terminal, ele falando e eu falando com ele. Trabalho mais com a família, dando apoio, mostrando a eles que o paciente está grave, que devem se preparar porque se já falou com o médico e ele disse que é terminal, é só aguardar, mas há esperança e, morte. Deus...se tem fé em Deus, então se entregue a Ele. Não há mais o que ser feito...é isso.

### **Entrevista 5 – DEMÉTER**

Cuidar de pessoas morrendo é sempre uma experiência muito difícil Teresa, não pelo paciente, porque eu parto do princípio que todos nós vamos fazer essa mudança, vamos morrer, mas é porque, ninguém está preparado para isso, nem a pessoa, nem o paciente, nem a família. Muitas vezes o próprio paciente, ele ainda é mais preparado do que as famílias. Um doente na verdade, com a evolução da doença, vai percebendo a finitude. Desenvolve o controle de saber que vai morrer, fica sereno, mas a família e nós, mesmo nós cuidadores, não conseguimos. Muitas vezes sento isso, é um apego tão forte! Isso incomoda muito, sempre se sofre muito, quando se perde um paciente, como se a gente tivesse toda vida salvar, que ninguém morresse. Esse sofrimento maior é no sentido do apego, é de se apegar, impedir o outro de partir. A minha experiência é mais relacionada ao sofrimento, principalmente, da família do que as vezes do próprio paciente. Os pacientes, maioria do que eu cuido, compreendem muito mais do que a família e aceitando a morte.

Eu me lembro de um paciente muito jovem que, quando ele descobriu a patologia, o HIV ele decidiu morrer. Cuidei desse paciente na unidade. Foi chocante, porque não fazia muito tempo que eu trabalhava com pacientes portadores de HIV, AIDS. No primeiro dia de internamento disse saber ser portador da doença, sem cura e, sabia que ia morrer e era já. A partir desse dia, esse paciente não falou mais. Ele estava com uma doença oportunista, uma infecção oportunista, um caso simples, o paciente bem, o primeiro tratamento dele. Ele tinha muitas chances, todas as chances, inclusive de sair. A partir desse momento, ele nunca mais falou, por mais que a gente interagisse, tentasse conversei com ele mil vezes, ele nunca mais expressou uma palavra; ele nunca mais comeu e, morreu com 08 dias. Foi assim,



muito chocante, porque foi uma decisão dele, ele não queria viver com aquela doença, então ele decidiu morrer. Ele havia tomado uma decisão de simplesmente se apagar.

Mas a família dele que não sabia da doença, porque na quis contar, foi muito complicado. A família não aceitava e não entendia, porque a pessoa ia morrer bonzinho como eles diziam, porque ele de uma certa forma para a família, ele estava bem, e aí o paciente ia morrer. Então, foi uma experiência assim, difícil, porque eu sonhava de noite, eu chegava em casa ficava pensando no paciente; deitava, pensava no paciente como é uma pessoa se permitir morrer; não estava querendo mais viver mesmo. Ele tinha muitas possibilidades de fazer um tratamento, de viver mais esses muitos anos. Ele tinha AIDS, HIV, ele fez os primeiros exames, o médico diagnosticou ele estava com uma infecção respiratória, uma infecção respiratória leve, ele podia iniciar o tratamento, tanto do anti-retrovirais como da pneumonia da infecção respiratória e regime e ciência mais a possibilidade dela sair e ficar bem eram enormes, mais ele o choque foi descobrir uma doença que não tinha cura, então a partir daí ele decidiu que não queria mais viver, embora se mostrasse para ele, que tinha pessoas que vivem 10 anos, 15 anos, que podia viver bem durante muito tempo, que ele não quis mais viver e ele morreu em 08 dias, o paciente foi a óbito, não houve convencimento de que ele podia fazer diferente.

Eu acho a gente nem se percebe, fica tão ligado no outro, assim, no acontecimento em si, que a gente não se permite, e nessa época, principalmente, eu não tinha muita noção, percepção de mim cuidando, até porque, era uma experiência muito nova nesse hospital e, eu estava vindo de outro clínico e nunca tinha tido esta experiência de trabalhar com paciente com doenças, que não tinha cura. Eu não sei, nem me percebi cuidando não eu, era apenas um instrumento ali, mas sem me perceber, eu percebia o paciente, eu percebia a família eu percebia o contexto mas eu... (sorriso de surpresa) acho que com certeza eu não.

Agora uma experiência mais próxima, mais atual eu tenho da minha tia que recentemente faleceu. Era uma pessoa com um trauma craniano. Passou 18 dias internada aqui no hospital. Eu era a única cuidadora. Foi um trauma fez uma cirurgia foi para recuperação eu ia lá todo dia, foi para UTI eu ia lá. Todos os dias as vezes de manhã e de tarde, ela ficou em coma nunca mais falou e assim ai eu me percebia cuidando dela porque eu já tava mais trabalhada ... (sorrisos) ... mais experiente então é assim é uma sensação as vezes de compromisso de eu diria

assim eu me sentia... um sentimento era de... (pensativa) ... está fazendo aquilo que é... que seria próprio meu como profissional, mas principalmente próprio de uma pessoa cuidando de outra que está precisando e que não tem mais ninguém e que a única pessoa que ela tinha aqui era eu para cuidar, no sentido de cuidar familiarmente. E me percebia muito no lugar dela, tinha isso, de ficar pensando quando fosse a minha vez quem é que ia cuidar de mim, como era que eu ia ser tratada (sorrisos) ...essa é a percepção que eu tenho, não tenho outra percepção de... mais eu pensava muito em mim naquela posição de está ali de que se a pessoa que estava sendo entubada, de que a pessoa...inclusive cheguei lá uma vez ela tava num momento de uma parada estava sendo entubada depois logo ela saiu ficou bem aí no outro dia eu cheguei exatamente na hora que ela estava fazendo edema agudo de pulmão presenciei com a equipe no hospital esse momento que é cuidar e ela saiu do quadro no momento terminou conseguindo reverter o edema, mais eu me percebi assim, como uma cuidadora mesmo no sentido de ajudar alguém de poder fazer alguma coisa por alguém que estava precisando de mim. Vi muito assim no lugar dela, na horizontal como você diz (sorrisos).

O corpo é engraçado eu não...é o corpo físico...assim Teresa eu sentia dor, a sensação que eu tenho de sentir é dor certo de estar ali na sensação do tubo a posição que o paciente está a dor ...que está as vezes eu pensava assim será que essa perna eu via a minha perna ao invés da dela, dobrada ou na posição por cima de um travesseiro, o que sinto por esse corpo que está ali eu só pensava em dor eu só percebia dor. Eu sentia muito mais a dor na cabeça eu não sei se pelo fato de eu saber que ela estava com trauma então era como se eu tivesse a dor na cabeça pela sensação talvez porque eu sabia que o problema era lá e a dor mais nas pernas porque eu achava que ela tinha frio eu até levei umas meias para calçar nela ...(sorrisos)...deixava ela calçada porque eu sempre achava que os pés dela estavam frios, até porque por conta do ar condicionado eu acredito que realmente era frio, então mais eu sentia muito meus pés gelados isso porque eu percebia os pés dela, mais não pensava mais eu só pensava que eu tenho pavor a pé frio, os meus pés gelam muito e eu durmo sempre de meia e eu comprei umas meias e levei para calçar nela porque eu sentia sempre a sensação que pensava de noite assim quando acordava, eu ficava as vezes vendo isso sentindo isso aí eu cobria meu pé meu próprio pé em casa, essa

sensação foi mais próxima recente ela de sentir o pé frio sempre sentia o pé frio e sentia muito incomodo na minha cabeça porque talvez porque eu sabia que ela tinha feito uma lobectomia não sei se tem haver com isso era o que eu mais sentia o resto do corpo em si eu não me lembro mais os pés e a cabeça era os dois extremos, o pé gelado incomodava muito.

Como eu não sou assistencialista, muito recentemente eu não tenho paciente mais direto que tenha morrido, ta certo porque ...é um vínculo... (silêncio) mais assim eu digo a você que a experiência de me perceber cuidando de me perceber assim sabe Teresa eu nunca conseguir fazer muito isso não, isso é uma coisa muito recente, de cuidar de alguém com morte mesmo recentemente eu não tenho ninguém que eu tenha cuidado até pela função que eu estou ocupando; o cuidado são mais de pessoas assim por ex: tenho cuidado recentemente do pai de Socorro que está com C.A que eu tenho cuidado recentemente, mais que ta com muita dor e tudo eu levo para o médico, vou lá. Ele ta no processo de morrer, ta com CA e com metástase., ta fazendo quimioterapia, vai para casa todo dia. Eu nem conhecia vim conhecê-lo exatamente quando conheci a Socorro, vim conhecê-lo depois com a doença na verdade ele veio para cá se operou e eu fui muitas vezes no hospital quando ele estava operado acompanhei desde da primeira consulta que eu vou com ele, levo e me percebo sempre, engraçado o que eu percebo em relação ao meu corpo quando eu olho para o paciente e me vejo no lugar dele, eu só sinto dor e é sempre eu acho que é lógico isso, é psicológico onde eu sei que a pessoa está com problema. Ele fez uma cirurgia, ele estava com C.A de pulmão, também fez uma lobectomia pulmonar e eu sinto muita dor e eu sentia muita dor quando eu olhava para ele que eu sabia que ele estava lá com o dreno, com dreno de tórax então ave-maria a dor que chega me falta o ar, quando eu olhava para ele e via o paciente, mesmo quando ele não tava com dispnéia e me sentia muito... de corpo que eu sinto de perceber algum corpo como dele é a sensação de dor, não consigo sentir outra sensação. Tenho ido fazer medicações nele pra dor que agora ele está com metástase e fora o sentimento assim de corpo que eu percebo assim no meu corpo é da sensação de dor, de sofrimento físico assim no sentido da dor é o que mais percebo, no sentimento, o sentimento não vale aqui na pesquisa o que vale mesmo é a sensação, o que eu mais sinto é a sensação de dor viu agora que eu olho para ele que eu sei que ele está com metástase renal e intestinal e etc...eu sinto assim o corpo doer todo, eu olho assim para ele principalmente quando eu vou fazer a medicação que eu chego lá que ele está

gemendo e tudo eu fico assim como se eu tivesse sentindo a dor da pessoa lógico que eu sei que não estou mais aquela sensação que eu tenho de dor e aí no caso dele eu sinto assim dor no corpo todo.

### **Entrevista 6 – MAYA**

O que me tocou bastante, foram as primeiras experiências de cuidar no hospital, porque eu era enfermeira de Saúde Pública e não hospitalar. Lembro agora de um paciente que assistir. Ele tinha HIV. Fui chamada para fazer o atendimento imediato, eram tantos os sintomas que estavam presentes naquele instante: o sangramento, o vômito, a desorientação. Eu nunca tinha presenciado isso. Já que é uma doença tão grave, eu imaginava que a pessoa perdia a consciência e logo morria. Mas não foi assim que aconteceu. Não sei de que maneira...como ele suportava, porque ele estava o tempo todo cosnciente e só parou de falar 2:00 horas ou 1:00 h antes de morrer. E tinha a mulher dele que estava na outra enfermaria, aguardando. Eu ficava assim, misturava os sentimentos de enfermeira e de pessoa.

Sentimento de enfermeira é de ajudar, mesmo com pouco conhecimento que eu tinha na época. E o sentimento de pessoa porque eu ficava pensando na esposa do outro lado sem saber de nada, eu tava imaginando o que podia passar na cabeça dela e isso me fazia sofrer, mas hora nenhuma deu vontade de ajuda-la, sempre que me deu vontade foi de ajudar o paciente... No corpo não, só na cabeça eu só fazia pensar nisso, mas no meu corpo só deu vontade de trabalhar, eu não sentia nenhum sintoma físico, de cansaço, nem nada não. Só à noite depois do plantão eu... parecia que esta mais cansada. Meus cansaços são mais mentais do que físicos em qualquer situação. Segundo as informações da família foi sua primeira internação. Parece que eles sabiam escondidos, ele era irmão de uma enfermeira e, ela soube disso depois, ela começou a saber, quando ele começou a apresentar os sintomas. Mas ele foi quase que imediato, ela ainda vive, a irmã do paciente ... inclusive eu tenho notícias dela; ela é do interior de alguém que eu conheço .

Aqui teve uma paciente com AIDS e CA no reto e ela foi morrendo. Eu a chamava carinhosamente de “gatinha”. Ela foi definhando, cada dia ficava igual a um gato. Porém, ela era uma fortaleza sem igual, após várias internações, durante os 08

anos de doença. Nas últimas vezes em que foi internada, foi dada mais ou menos a média de sua sobrevivência. Só estava esperando morrer. Foi estipulado que ela morreria, nos próximos 15 dias. Aconteceu que esses 15 dias viraram 4 meses e, ela só tinha para ensinar, ela parecia que tinha muita saúde. Quem tinha filhos, ela sempre ajudou, completamente cooperativa, completamente consciente. Na hora da morte, eu não estava aqui. Eu tinha viajado, acompanhei o seu morrer calma e tranqüila. O rosto dela era uma máscara de angústia e tristeza, mas ela, hora nenhuma se desesperou com a situação. Inclusive os filhos, que ela falava tão bem. Esses filhos, quando ela piorava, somente a filha aprecia aqui. O pequeno, que ela disse que não ia morrer, quando foram dados os 15 dias, porque ela queria ficar com esse filho, nós nunca o vimos. E um outro filho, só veio um dia em que a família toda foi chamada ao hospital, porque a gente achou que ela iria parar. Ele veio, aparentemente muito distante e, também nunca mais veio. Ninguém aparecia. Apareceu só a filha na hora da morte, que eu soube..

A gente dava banho, eu fazia os curativos dela, cuidava da ilioestomia, colostomia, das sondas nasogástricas que ela às vezes tirava. Outras vezes ela nem retirava, ficava velha, até que foi passada uma enteral. Eu dava muito cuidado psicológico, ela era uma pessoa bastante especial, precisava demais de atenção, de cuidar até com manha. Tínhamos por ela muito, mas muito carinho, todo mundo.

Eu me percebia muito feliz. Eu adoro a minha profissão, adoro meus dias de trabalho. Eu me sinto útil, tanto eu aprendo profissionalmente como eu aprendo muito da vida. Então, ao cuidar dela ou qualquer uma, ou qualquer um outro paciente, eu me sinto muito bem. Na verdade o que eu percebia do meu corpo físico é uma coragem para trabalhar, para cuidar. Ele não me atrapalha. Só o sinto após o plantão, mas só tenho vontade de fazer mais. Dependendo do plantão me sinto cansada, porque não gosto muito de sentar, gosto de ficar em pé, gosto do serviço, de estar em movimento. Somente ao chegar em casa, eu sinto dor nas pernas, cansaço nos ombros. É um peso, mas se eu sair, logo eu meloro, mas se ficar em casa, eu adoço. Tenho que me divertir.

## Entrevista 7 – VILA

Quando se fala de morte... (silêncio) separação, saudade. Eu particularmente, nunca passei por uma morte de parente próximo. Faz muitos anos que meus avós morreram, quando eu era criança. Depois, na fase adulta, eu tive perda de uma grande colega de trabalho. Está com quatro anos. Isso me abalou profundamente, mas longe de sentir, talvez, a dor de um parente próximo. Deu para senti mais ou menos, o que é a dor de você não ter mais aquela pessoa entre você. Senti como um ensaio de uma dor, de perder um parente próximo. Foi muito doloroso. Quando me disseram assim...(silêncio) ela não tinha resistido, senti uma dor muito profunda no momento, uma dor que não conseguir esquecer. Passei muito tempo, passei um ou dois anos me emocionando, quando lembrava daquele momento, porque chorava, eu (choro leve) choro. Minhas colegas, não sabem que ainda me emociono. É uma sensação esquisita, saber que você não vai ver mais aquele alguém. Sei não...está com uns quatro anos, mas a impressão que eu sentia que descia pelas pernas (riso) o faltar, sabe? Aquela coisa ... (choro leve) aquela dormência... sei lá...era uma coisa esquisita, parecia que não estava acontecendo comigo, naquele momento. Há! Quando a menina disse assim que ela tinha morrido, não sei, sentia algo ir pros membros, pra baixo (choro e riso) uns quatro anos atrás, mas eu me lembro...aliás as minhas emoções geralmente são assim... (riso nervoso) quando desce... (risada nervosa e alta) pra baixo, Teresa, pras pernas (risada de ambas).

Eu penso muito também, na dor da família que perde aquele ente querido. Geralmente eu me lembro...não sei como eu poderia expressar...sinto vontade de ser solidária...(gagueja). A minha solidariedade é pela oração, peço por aquela família. De uma forma ou de outra não deixo de ser solidária, porque estou pedindo nas minhas orações para que aquela família, sinta dor de uma forma mais confortável...isso é solidariedade (silêncio). Eu penso a morte como uma viagem que não tem volta, uma partida que não tem volta (choro leve).

Teresa, embora eu me sinta incomodada de saber que não faço o suficiente, eu continuo não fazendo o suficiente, porque geralmente são pacientes....a gente tem visto...mas, meu Deus, quantas mortes, quantas e quantas mortes, eu procuro me sensibilizar naquele momento, sabe, eu busco... (gagueja) me preocupo de não perder a sensibilidade. Gostaria que o grupo todo sentisse também, participasse naquele

momento, mas por outro lado eu não me culpo, mas eu vejo que não faço por onde as pessoas...eu faço a minha parte, eu sinto meus sentimentos...eu por mim ficarei em silêncio, eu farei silêncio naquele momento de dor – porque é um dos momentos que a pessoa sente mais só, não passei pela experiência, mas é um momento de muita solidão. Eu sei que não faço o suficiente para mim me sentir assim, ligada com eles. Eu rezo, confesso, eu rezo, sempre eu rezo (choro leve) pelos pacientes que estão assim mais gravemente enfermos, geralmente eu rezo perto deles quando eu faço minhas visitas mas eu gostaria muito que nós da enfermagem fôssemos mais enriquecidos...sabe....de colocar não é querer colocar claro quem tá lá não tá podendo dizer sua experiência mas quem já passou sabe que...diz...tem relatos que é muita solidão.

Eu tenho duas experiências que me marcaram muito. Uma mãe deslizando as mãos, segurando na minha mão ela dizia: “Estou morrendo...”. Estava morrendo mesmo, era um CA de estômago muito invasivo, muito agressivo. A dor daqueles filhos quando aquela mãe partiu...(silêncio. O choro aumenta com a emoção forte que se faz presente com a lembrança)...eu me senti muito comovida. Ela dizia: “Estou morrendo, estou morrendo”... E outra foi uma criança morrendo, de 2 ou 3 anos e a mãe gritava desesperadamente. A criança estava com um distúrbio sanguíneo, e os médicos não conseguiram descobrir qual era a causa do distúrbio. A criança minava sangue por todos os poros...e ela gritava – “Jesus tá levando meu filho...” uma coisa assim...eu passei dois dias em estado de choque. Como disse, sentir a dor da perda de parente próximo deve ser uma dor mais profunda com certeza. Algumas pessoas não passaram por essa dor, outras dizem já ter passado de um modo muito forte, agora, o que eu senti dessa senhora, dessa criança, principalmente, da criança, o desespero daquela mãe, era uma coisa assim...apertando, toda angustiada. Era assim um sentimento de choro. Desse menino chorei quase um dia e meio. Toda vez que me lembrava chorava. Eu sempre procurei não me envolver, não deixar o que acontecesse tanto na hora, faço um esforço pra não chorar, pra me manter forte naquele momento, mais sei lá...era engolindo, seco piscando os olhos para as lágrimas não caírem. Engolindo seco mesmo, piscando o olho, a sensação no peito, o peito doía e tudo isso me sufocando aquela agonia dentro não sabe?... (choro) Era uma coisa grande, sei lá... (choro) ...era no peito, no epigástrico que toma o tórax todo, dor muito forte que me

fazia chorar....chorei mesmo, o do menino, acho que foi o único paciente que chorei mesmo sentindo muita dor chorando. (silêncio).

Cuidei dos dois pacientes, tanto dela como da criança, mais da criança tive mais contato. No caso dessa senhora, da mãe, ela chegou, desceu para UTI. Na época eu estava na UTI, embora ela não estivesse bem acordada, mas já se sabia que o estado de saúde era grave e não ia ter retorno, embora fosse uma mulher jovem de 50 e poucos anos, porém, era um câncer muito invasivo. Ela recebeu alta da UTI, porque ela poderia ficar no apartamento (choro). Ela estava consciente. O câncer, pela nossa experiência, com a exceção do cerebral, os pacientes ficam conscientes até o final (a voz baixa e quase um sussurro). É impressionante. Eles ficam conscientes e ela muito consciente, dizia mesmo que estava tranqüila. Eu também, queria passar tranqüilidade pra ela, pra família. Porém na hora, senti aquela sensação de dor, misturada com um sentimento de solidariedade com a família. Mesmo assim, foi uma coisa mais tranqüila.....vi uma pessoa morrendo nas minhas mãos, morrer mesmo, enquanto ela dizia: - “Estou morrendo, estou morrendo...”. Nós vimos a expressão de dor e angústia daqueles filhos e do marido.

O da criança não teve essa tranqüilidade, apesar da dor. O da criança, realmente, doía o meu corpo, doía a minha alma...sentia aquela coisa. Não foi durante o cuidado, porque ele já estava com perspectiva de alta. Isso foi de uma sexta para um sábado, ele ia ter alta na segunda-feira, dependendo do resultado da biopsia hepática. A mãe estava superanimada para levar o seu filho de volta para o interior. Uns dez dias atrás, ele tinha tido esse mesmo sangramento e, tinha se saído bem. Só que dessa segunda vez, não foi como ela esperava. Ele dormiu bem a noite toda. Lembro, pela madrugada, eu passei onde ele estava, dei uma olhada. Sempre antes do repouso, dou uma olhada em todas as crianças para ver se estar tudo bem (Choro). Quando foi pela manhã, estava perto de passar o plantão, devia ser seis e quarenta mais ou menos, ouvi foi o grito dela, estava fechando alguma coisa o relatório quando ouvi o grito dela saindo: - “O meu filho ta morrendo”. Foi uma loucura, todo mundo correndo, chegou o médico de plantão... (choro)... o menino era muito mimoso, muito simpático, muito dado, uma criança linda, sabe essas crianças especiais, muito simpáticas, não sabe?.Soltava beijos e tudo, era uma criança muito adorável, passou uns vinte dias com a gente. (choro)...



Olha Teresa, às vezes eu sinto.. sei lá... uma sensação que não é peso, porque você olha aquele paciente tão grave, não sabe se chega no dia seguinte. Quando chego no dia seguinte: “Meu Deus, ele ainda não partiu”. Neste caso, sinto aquele peso, aquela sensação assim, não é que seja obrigação ter que ir lá e fazer alguma coisa por ele...sei lá, às vezes peso nos braços, indo para os membros inferiores. Já aquela...(gagueja) você se sente cobrar, eu sinto a necessidade de ir lá perto dele, fazer uma pequena oração, para ele descansar em paz (choro) ...(silêncio). Nestes últimos anos não têm sido assim, muitas tensões, neste momento, não. Agora mesmo, estou com uma criança de 14 anos. Há oito dias estamos só esperando que parta. Ele se sente assim, muito comovido, aquela comoção pela mãe. Está direto ao lado dele. (choro)...(silêncio)...(hesitação). Eu particularmente, sinto muita necessidade de afagar (gagueja) eu me permito muito abraçar, pegar na mão do paciente, apertar não sabe. Essa criança, esse menino de 14 anos, apertar assim, o bracinho dele, tentar passar alguma coisa pra ele, sinto aquela necessidade de afago, de passar alguma coisa pra ele... (silêncio)...no corpo esta sensação está no coração. O coração é o reflexo do processo do cérebro (risadas)... mas a gente sente aquela coisa vindo daqui de dentro, vi aquela mãe triste chorando. Ela está passada, estes dias todos...(silêncio)... às vezes eu fico assim inquieta e me pergunto: Será que já foi feito tudo, será se realmente é esse momento...ou então, será que ainda falta alguma coisa? Eu diria que é angústia... (silêncio). Na verdade, eu sinto mesmo solidariedade por eles naquele momento... (silêncio) sinto o coração oprimido (silêncio) pequeno (silêncio).

Essas foram às experiências que me tocaram mais profundamente, nesses anos todos de enfermagem. Esse menino de 14 anos, ele chegou tão grave. Ele tem ostiosarcoma no membro inferior direito, na coxa. Evoluiu para metástase pulmonar. Ele está sedado, ainda senti dor, ele ainda tem reflexos. Essas experiências que me tocaram profundamente foram da criança e da mãe, a dor daquela mãe.

Eu sempre tive esse sentimento religioso em relação a morte, momento difícil de você partir, de separação do ser humano, separação do espírito do corpo. Já faz alguns anos já que eu me preocupo pra gente não encarar esses momentos como...rotina, mecanicamente só com os anos...tenho, já tenho 17 anos de enfermagem 18 anos de enfermagem sempre eu tive esse sentimento sempre

procurei não perder esse sentimento, mas eu queria muito que as pessoas, a minha equipe trabalhasse, refletisse sobre esses momentos. Não sei porque a gente perde tanto não fazendo essa reflexão. Após vivenciar aquele momento de partida do paciente, às coisas voltam a ficar tão comum. Não gosto de pensar que a partida de alguém que você cuidou se torne tão comum, mas na verdade se torna. Penso se isso pode trazer algum prejuízo pra nós, já que a gente não vivência aquele momento com o paciente. Será que seremos cobrados de outras formas? Será que o nosso organismo vai se manifestar de outras formas? Aqui, parece ser tão comum a morte. O paciente morre e aí as meninas preparam aquele corpo e pronto. Eu, particularmente, como já disse, faço uma oração, procuro falar menos naquele momento. E os outros, as colegas e as outras meninas, as auxiliares, que ficam direto com aquele corpo, me questiono, sobre o que se passa na cabeça delas, quais os seus sentimentos, se elas percebem alguma coisa naquela partida.

Na nossa realidade nos é imposto pacientes gravemente enfermos, com perspectiva de morrer, não vão mais existir. Penso, continuamente sobre os sentimentos dos colegas, não só enfermagem não, até os próprios médicos. Paro e me pergunto, se fosse um parente nosso, seria diferente? Nós cuidamos de muitos pacientes durante dias e dias. Chega um dia o médico diz: “Não, não tem mais o que insistir”. Ficamos esperando a partida daquele corpo. Que sentimentos são esses que nos envolve ou não tem sentimento, não é possível que não tenha. A partir do momento que diz não vamos mais investir, seja jovem ou seja idoso (silêncio) eu com toda a honestidade, a sensação que eu tenho é passar para aquela pessoa conforto (silêncio) porém, sinto a tristeza...embora de uma forma leve. Quando dizem assim, esse garotinho – “Não vamos mais investir”, sinto uma tristeza, cuja intensidade depende do vínculo afetivo.

Quando minha colega partiu, quando minha colega morreu que foi assim um impacto, sei lá, tudo parecia que estava descendo, o espaço, o chão estava sumindo, eu me sentia como se estivesse sem chão, sem apoio. A sensação é estar sem apoio. Na rotina do nosso dia-a-dia do cuidar, a gente cuida, cuida, cuida e a gente vai que vai morrer...é uma tristeza. Estou mais trabalhada, porém não quero jamais perder esta tristeza. No corpo eu sinto mais localizada no peito... (silêncio) É muito difícil chorar, me comover com a morte. Foram raras as vezes que eu chorei assim...sentimentos abalados...não sei (silêncio) não exteriorizo porque não é

parente entendeu (silêncio) a intensidade da dor realmente é diferente, não resta dúvida, não é parente é um pedacinho daquilo que você cuidou.

## **Entrevista 8 – SULIS**

Já tive contato com pessoas que estão morrendo. É meio triste falar sobre morte. É o desconhecido. Morte é triste, dolorosa. Provoca um sentimento muito profundo, mexe com todo o ego de uma pessoa. É um sentimento de perda total.

Eu (gagueja) tive experiência com paciente terminal. Trabalhamos sempre pensando em recuperar o paciente, não é ver, o paciente morrer. Nossa preocupação é ver ele sair daqui sadio. Então, sempre é triste quando perdemos um paciente, sinto um vazio, porque sinto que eu vou fazer algo para recuperar... com meios, com medicação e tudo (gagueja) quando não temos êxito, sempre fica aquele vazio. Às vezes fica uma sensação de fracasso, não é por conta da gente, mas da própria paciente que não tinha condições de se recuperar... Isso é o que penso, muito triste falar isso... mas a experiência de morte que me chocou bastante foi da minha mãe.

Minha mãe, quando entrou em um estado de... nessa época nem era formado ainda. Trabalhava na área de saúde e tinha uma visão clínica do estado dela. Eu a acompanhava em todas as internações dormia com ela nas enfermarias e tudo. Os médicos não diziam o que ela tinha. Naquele tempo, eles não revelavam o diagnóstico. Depois, quando eu entrei na saúde soube que ela tinha CA. (fala rápido e bem baixinho), foi muito chocante. Quando foi num certo dia, ela saiu da enfermaria 5 horas da tarde, transferida para a UTI. Disse pra ela – “Mãe eu vou pra casa e volto para ficar com você” – ela disse: “Está certo, vou lhe aguardar”. Retornei ao hospital às 8 horas da noite. Passa por mim, aquele “pacote”, me chamou a atenção e eu disse assim ... “Esse pacote! Esta vindo da UTI?” Não me responderam nada, quando a colega enfermeira me abraça e me diz: “Eu tenho uma notícia para você”. – “E aí, o que foi?” – “Sua mãe acaba de falecer”. Entrei numa crise de choro. Foi um processo. Eu acompanhei a doença e senti a morte... foi o que mais me deixou assim... mas hoje graças a Deus já superei. Eu percebi durante o

tempo que passei cuidando dela ser uma pessoa muito forte\_(levanta a coluna e estufa o peito). Na época, ainda era de menor, tinha 17 a 18 anos. Percebi que só fiz o bem a ela e ela sentia muito e ela tinha muita fé em mim, tudo o que eu dizia e fazia ela acreditava em mim e foi uma experiência que me marcou... sim sempre que trabalho com as pessoas em fase terminal, sempre tenho que...procurar ajudar, procurar (silêncio) observar o lugar do outro. O que eu não queria para minha família não quero para o outro, para outra pessoa.

Eu acho...no corpo físico existe um sentimento muito forte...assim (gagueja) eu penso (silêncio)...(começa a falar e gagueja) sinto um desgaste emocional, aquela coisa, sei lá, aquela sensação de perda, é muito ruim... (gagueja) ...nas pernas, nos braços (passa a mão nos braços e pernas). Sinto aquela coisa assim, falta de... desânimo mesmo... (gagueja) sem conseguir alongar... (risada) sem poder deambular, cansaço, peso, não conseguia nem escrever ou então trabalhar. Essa sensação que eu sinto. Tanto assim que após uma morte a gente sente muito, a gente se exercita, tenta trabalhar com o paciente e o corpo da gente também sente aquele esforço, certo, da gente estar me atividade o corpo sente muito isso, aquele peso... sem vontade de se alimentar, sabe, é isso que eu sinto, perda fisiológica, eu acho isso, é como se... (silêncio) ... é como se não tivesse ... (silêncio) .. conseguido reagir a certas coisas... essa é a sensação... ( ele parece não escutar o exterior tão mergulhado está em si mesmo) cansado...a respiração fica difícil, a musculatura fica... (silêncio, continua mergulhado em si mesmo e parece não se incomodar com o que acontece na exterioridade de si) enrijecidas... (fala baixo quase como um murmúrio quando fala gagueja, parece procurar uma linguagem própria para traduzir a sensação)... nas pernas... muito peso...a dor...sinto dor...a dor...sente dor...cansaço, cansaço (fala muito baixo, o ele parece não escutar conectado na exterioridade apenas com a pesquisadora e finalmente dar uma risada e fala normal) sei, sei, sei, estou demorando, estou demorando com a palavra X...quer dizer...(faz silêncio e volta para a escuta da interioridade) não tem a palavra X...sensação de morte...corporificação...a palavra X. Muita gente tem medo da morte, é um desconhecido...a gente nunca vai conseguir ver como é o outro lado da vida (gagueja) conheci um pouco mais sobre a morte, vendo como lidar com a morte, comigo mesmo, até com o outro, foi isso que cuidar de paciente terminal me trouxe (gagueja) uma vivência muito praticante.

## Entrevista 9 – NUT

Cuidar de paciente terminal é uma experiência bem difícil, principalmente, pelo próprio conhecimento profissional que você já tem. É a busca de tentar resgatar, o que muitas vezes, está firmado pela medicina, que não vai ter mais retorno. Então, é bem polêmico na cabeça da gente, esse momento, mas, mesmo assim, eu nunca me sinto, como se tivesse já determinado a morte, no caso, como se tivesse determinado a fatalidade. Eu sempre estou cuidando do paciente, acreditando no amanhã: vou chegar e ele vai estar melhor. Afinal, a tentativa da gente, no dia-a-dia, é melhorar as condições dele. Faz parte da enfermagem este outro aspecto, muitas vezes a medicina não vê.

Com certeza, tenho respeito pelo ser até a última hora, ou até mesmo, após a morte, principalmente, a gente que trabalha em UTI, com o paciente todo monitorado. Você percebe nos parâmetros mostrados, a vida se esvaindo. Por isso, o tema da morte e do morrer me interessou. Comecei a fazer o curso de especialização em UTI. Estava sempre, estudando os cuidados, estudando os aparelhos, estudando as mecânicas e os equipamentos e eu ficava sempre pensativa, sobre esse outro lado, que nunca, ninguém, se envolvia ou questionava: a temática da morte. Então, na escolha do tema da monografia, decidir fazer uma coisa bem diferenciada. Observei, durante o tempo de estágio e depois que ingressei na UTI, que o trabalho com os pacientes graves e críticos, é desenvolvido de forma mecânica, as pessoas nunca param pra pensar. Realmente, isso me chocava e, comecei a me questionar, comecei a ler e me despertou muito o interesse e desde então, eu venho lendo, desenvolvendo minha monografia.

A experiência mais marcante de cuidar de um paciente e, este morrer, foi um paciente soropositivo. Por mais, que a gente trabalhe, em regime de plantões, acontece de no seu dia-a-dia, se envolver com algum paciente, mais dependente dos seus cuidados e, é claro, está sempre tratando, cuidando, com a intenção do seu restabelecimento. Aconteceu, assim, de acabar me envolvendo emocionalmente e, fiquei atenta observando o dia-a-dia. Nada de melhora, nenhum resgate. A experiência foi mais dolorosa, porque, além do vínculo afetivo, não estava presente no momento da sua morte. Quando eu retornei, no outro plantão, recebi a notícia e,

me chocou muito. A meu vê, ele estava dando muito de si. Sentia durante o tempo de convivência, que tinha alguma reação, alguma expressão facial da vontade dele de lutar, de viver. Quando eu soube do óbito dele, realmente, me chocou e, me deixou muito pensativa.

Quanto ao meu corpo, bem, eu só via a questão realmente sentimental e o envolvimento emocional, à vontade que a gente tem da modificação do quadro clínico para melhor. É algo muito além do meu próprio corpo, sinto, há alguma coisa bem mais além do corpo, da matéria. Por isso, além dos cuidados normais, do dia-a-dia, dos procedimentos necessários, eu gosto de tocar nos pacientes, eu gosto de conversar com eles, quando é possível, quando eu me encontro com eles, gosto realmente de abraçá-los, estender a mão, certo, eu considero isso muito importante. Aliás, é uma prática minha muito comum. Sinto-me bem gratificada, sabe, principalmente, quando você vê a pessoa evoluindo para melhor. Nessa convivência de luta diária, pela preservação da vida, sinto meu corpo como após uma luta pelo resgate da saúde do paciente: sinto um cansaço diário e as vezes, desânimo em certos momentos, como os óbitos, daqueles pacientes que você mais se aproximou. É como se você sentisse, também, o corpo fracassado, uma exaustão momentânea. Você sente o corpo pesar, sua coluna, o sustentáculo do seu corpo, dói. A cabeça, também pesa, assim como os pés, que dificulta até sua mobilização.

Outra experiência mais recente, foi de uma paciente que esteve num estado bem grave, considerado de risco. Em certos momentos, quando ela própria, também, já demonstrava exaustão de suas forças, estava sempre ao seu lado, dando injeções de ânimo, mesmo sentindo meu corpo pesado, angustiado. Toda vez que me defrontava com ela, naquele estado crítico, saía muito triste mesmo. Sentia uma angústia, algo que se fechava em meu peito e me engasgava., mas, graças a Deus, conseguimos reverter o quadro. Hoje mesmo eu fiquei muito satisfeita, porque eu encontrei com ela no corredor, andando, o que não acontecia e, me sentir super bem, gratificada e muito mais feliz por ela mesmo. Sentir meu corpo ficar leve.

Na maioria dos casos, quando o diagnóstico médico define o estado do paciente, como terminal, sinto uma necessidade em pegar, em cuidar. Tratar já seria mais em nível mental precisa fazer um certo raciocínio e, ao mesmo tempo, o tato, tocar, verificar, sabe. É sempre a mesma emoção, a mesma ansiedade que também, vai se instalar no mesmo local, isto é, no mesmo peito. Sinto aquele aquoxo, aquela

sensação de não realização do seu objetivo final, que seria a melhoria, o resgate daquela vida.

### **Entrevista 10 – OYA**

Estou trabalhando nesta instituição há 6 anos. Comecei como auxiliar de enfermagem e agora sou enfermeira orientadora da equipe de assistência de enfermagem, também, acompanho aluno em estágio, por outra instituição. Acompanho, principalmente, pacientes portadores do vírus HIV.

Acompanhei um paciente, lá na unidade Z. Não esqueci mais o nome dele. Era o seu Lindório. Ele passou muito tempo conosco, três meses. Ele foi definhando, ficando magrinho, magrinho, igual a um passarinho. Morreu calmamente. Foi desfalecendo aos poucos, sem sentir dor, sem queixas, sem falar e parou de respirar, assim, na hora dele. Teve, também, a Letícia, que era do leito 1000. Essa mexeu muito comigo, no sentido que ela era muito nova, muito bonita e estava no seu primeiro internamento. Poucos dias ela passou conosco, porque morreu logo e, eu não estava presente, mas quando eu soube, minha filha, chocou, porque ela tinha muita esperança, tinha uma boa aparência, era jovem e muito bonita. Então, me chocou, quando soube que ela tinha tido uma parada cárdiorrespiratória e morreu. Muitas pessoas que tiveram contato com ela, sentiram o choque e a surpresa, quando ocorreu sua morte repentina. Inclusive eu. Ficamos chocados e surpresos com a morte dela.

A assistência de enfermagem prestada a esses pacientes, por mim, vai além dos procedimentos de rotina, como por exemplo, administrar os medicamentos, fazer curativos e outros. Eu gosto mesmo de conversar com eles, distraí-los. Gosto muito de brincar também, brincar mesmo, isso quando eles me dão espaço. Faço isso, para que eles não fiquem tão abatidos e deprimidos, como às vezes, eu os encontro. Esses cuidados me fazem sentir bem, me sinto gratificada, aqui no hospital. Na maioria das vezes, eu me sinto melhor do que em casa, muito melhor. Quanto a meu corpo, eu nem me percebo. A minha preocupação é no que estou fazendo, no que eu vou fazer. Às vezes, uma ou outra colega me chama atenção, pelo meu descuido, no uso de uma proteção, mas, às vezes eu nem me percebo, eu percebo mais o paciente.