

## As mortes e a morte em oncologia

Luciano Lima de Oliveira\*

“Que é isto! Agora é que achais de chorar? Não sabeis há muito que no instante mesmo de meu nascimento pronunciara a natureza a sentença de minha morte? (...)se chego ao termo da carreira, quando nada senão males posso esperar, minha morte deve ser motivo de alegria para todos vós.”

Sócrates

O tema explorado neste espaço, condensa um conjunto de reflexões elaboradas em seis anos de convivência com pacientes oncológicos no Hospital do Câncer do Ceará, onde o autor exerce a função de psicólogo.

Em psicologia, é ponto pacífico que o labor do psicólogo, em hospitais, não pode prescindir da compreensão sobre o dinamismo relacional inerente à tríade paciente-família-equipe. Se isto é válido para qualquer campo de atuação em saúde, quando se trata de oncologia passa a ser condição *sine qua non* de toda intervenção eficaz.

A interação entre os elementos triádicos é tal, que até se poderia afirmar tratar-se antes de um sistema que de uma tríade, haja vista que quando um componente é afetado todos os outros, de alguma forma, são atingidos, assim como a ação provinda de qualquer deles repercute no comportamento dos demais. Surge aqui a oportunidade de se lançar uma primeira reflexão: quem morre em oncologia?

A resposta a essa questão – aparentemente óbvia – será, por enquanto, colocada em suspenso, devendo-se passar agora à discussão do posicionamento de dois dos integrantes do sistema há pouco descrito, frente às problemáticas da morte e da cura em oncologia,

---

\*Psicólogo do Hospital do Câncer do Ceará – ICC  
Especialista em Psicanálise

quais sejam, o paciente e o médico. O destaque conferido a esse último justifica-se tão somente por seu poder de influenciar, sobremaneira, a homeostase do sistema. Como balizador de alguns questionamentos, será bastante útil a sabedoria grega, representada pelo mito de Sísifo, do qual se tomará a versão exposta por Brandão(1993).

Sísifo, filho de Éolo e rei de Corinto, conseguiu, por sua astúcia e audácia, livrar-se duas vezes da morte. Tendo flagrado o rapto de Egina, filha do deus-rio Asopro, por Zeus, Sísifo, em troca de uma fonte, revela ao pai da moça a identidade do raptor. O senhor do Olimpo, como vingança, envia-lhe Tânatos, mas Sísifo, valendo-se de muita malícia e habilidade, consegue aprisionar o deus da morte. Ninguém mais morria e o reino de Plutão estava empobrecido. Zeus, então, liberta Tânatos, que faz de Sísifo sua primeira vítima. Lançando mão, mais uma vez de sua sagacidade, pois que sabia ser inaceitável chegar ao reino de Plutão sem ter sido velado, pede à sua mulher que não lhe preste as sagradas honras fúnebres. Descendo ao Hades, sem ter cumprido as exigências plutônicas, é severamente repreendido pelo deus. Pondo a culpa em sua mulher, Sísifo implora a Plutão para retornar e punir, exemplarmente, sua companheira. O benefício lhe é concedido, mas Sísifo esquece que deve voltar ao Hades e passa a viver como se nunca houvera morrido. Já em idade avançada, é descoberto por Tânatos que o devolve, definitivamente, ao habitat dos mortos. Os deuses, enfurecidos, condenam-no a rolar uma enorme pedra montanha acima para, após alcançado o cume, vê-la se deslocar até embaixo, assinalando, desse modo, o reinício da tarefa que deverá se estender *ad infinitum*.

Dois elementos do mitologema apontam, de pronto, para o ofício médico em oncologia: a morte temporariamente encadeada e a tarefa frustrante imposta a Sísifo, o que não diz respeito à outra coisa, senão ao complexo de problemas associados à temática da cura.

A formação médica ainda é centrada na cura, entendida não só como vitória sobre a doença, mas também sobre a morte. É fato corriqueiro a afirmação de estudantes e profissionais da medicina de que são “treinados para lidar só com a doença”, buscando, incessantemente, sua erradicação. Lidar somente com a doença e buscar, avidamente, a cura são dois fatores potencialmente problemáticos em oncologia.

Se Tântos tem no câncer um de seus mais zelosos agentes, é porque, apesar de todos os avanços tecnológicos, a cura ainda permanece algo no mínimo questionável, sendo fonte de ansiedade para pacientes, familiares e também para o médico. A palavra cura, em oncologia, é, através de muita circunspeção, substituída por expressões como “qualidade de vida”, “sem evidência de doença”, “sem doença em atividade”, etc. A prudência lingüística, entretanto, não condiz com a prática de alguns oncologistas, que, não raro, revelam-se, sutilmente, sequiosos de curar. Tal qual Sísifo, esse profissional parece estar condenado a viver entre a esperança e a frustração. Cedo ou tarde, na maioria das vezes, a pedra de novo montanha abaixo rolará. A impossibilidade de dar provas ao paciente de sua cura, levando-o a vislumbrá-la somente em um eterno a posteriori, tem implicações diretas em sua reabilitação psicológica, e é uma das facetas mais angustiantes do câncer. Eis, pois, delineada, uma das mortes na oncologia: a do médico ... que não cura.

Nesse momento, outra questão começa a se esboçar: o que levaria alguém, treinado para curar, a se lançar em uma área onde a cura, de saída, já é posta na ordem senão do impossível, pelo menos do improvável? Poder-se-ia formular como respostas, o desejo de cuidar, ou ainda de melhorar a qualidade de vida do paciente. Apesar de bem fundamentadas, tais formulações não são satisfatórias. Em primeiro lugar, porque como foi visto, a academia incute uma vontade de curar tão dominadora, que o cuidar fica por demais apagado. É como se a seguinte lógica organizasse a racionalidade médica, na

relação com o paciente: eu curo, o enfermeiro cuida. Em segundo lugar, por se levar em conta que vida é algo abordado de forma muito restrita na faculdade – como reconhecem vários profissionais de saúde. Qualidade de vida, para um paciente de câncer, é, pois, um assunto bastante complicado, exigindo o questionamento de uma série de dogmas, ditos éticos, para o qual o médico não foi preparado, já que filosofia é um vocábulo estranho e repugnante para a grande maioria desses profissionais. Uma das conseqüências mais comuns disso tudo é a redução de qualidade de vida à ausência de dor física.

Pesquisas têm indicado razões mais profundas para a opção pela medicina, destacando-se: “a negação da dependência, a procura de onipotência, a defesa contra a doença, o sofrimento e a morte. Essas razões inconscientes fazem com que o médico, sem se dar conta, vá em busca daquilo que tanto teme” (Meleiro,1999,p.31). É possível aplicar tal concepção à escolha da oncologia, em especial, o que não elimina a necessidade de se pesquisar mais sobre o tema.

Não deixa de ser interessante notar a presença de uma importante ambivalência contida na citação aqui feita. O futuro médico é apresentado como alguém que nutre um ideal de poder, ao mesmo tempo em que revela uma “grandiosidade frágil”(Meleiro,1999, p.32), que o faz estar permanentemente utilizando defesas contra aquilo do qual, na verdade, não pode fugir: sua condição humana, inelutavelmente limitada.

Na área oncológica, a onipotência é algo muito fácil de ser experimentado, principalmente pelo fato do médico ter, diante de si, em suas mãos, um ser no limite da fragilidade, apavorado, atacado por uma doença cujo nome não ousa nem mesmo pronunciar. Por mais paradoxal que possa parecer, quanto mais se reforça a crença, no imaginário social, do câncer como doença incurável, mais aquele que não cura é divinizado e, o que é pior, incorpora esse atributo. As palavras de um cirurgião, dirigidas a um colega,

na presença de sua paciente, servem de ilustração : “Com essa caneta eu posso dar ou tirar a vida.”

Assim como Sísifo, muitos pacientes vêm seu ultimato – submeter-se ao tratamento – como desprovido de sentido. Cabe ao médico, em primeira instância, estimular a produção de um sentido possível que mobilize o desejo do paciente de seguir em direção ao cume da montanha. De outra forma, cumprir-lhe-ia respeitar, empaticamente, seu direito de não querer continuar carregando sua enorme pedra. A aproximação entre o paciente e o herói mítico, objetiva ressaltar as diferenças que existem entre ambos, a fim de que se perceba a força de certos princípios éticos e humanos que permeiam a relação do profissional com o paciente oncológico, e que fazem da oncologia uma disciplina consideravelmente desafiadora, tanto do ponto de vista técnico, quanto pessoal.

A primeira diferença corre por conta da dessubjetivação de Sísifo, levada a efeito pela ira divina, que o deixava sem poder operar qualquer mudança em seu destino. Não há abertura para o não, para a recusa. Quanto ao paciente, a ele é dada a prerrogativa do não quero, mesmo que seu uso represente um tabu cultural ainda muito forte nos tempos atuais. Uma outra distinção deriva do fato de que ao atingir o topo, é a pedra e não Sísifo que cai, ao passo que no drama oncológico, o paciente é sua pedra, que, quando cai, traz consigo o médico, ainda que disso este não se aperceba ou não queira perceber, pois fazê-lo seria se confrontar com sua natureza falível, mortal, o que seria bastante doloroso.

Falou-se acima da necessidade de que um sentido seja produzido pelo paciente diante da irrupção do real, provocada pelo diagnóstico de câncer, pondo-se ênfase, evidentemente, no papel do médico nesse processo. É oportuno lembrar que o momento do diagnóstico é de desestruturação. Em uma linguagem psicanalítica lacaniana, dir-se-ia que os significantes que sustentavam o sujeito até aquele ponto, foram abalados, donde a

necessidade de uma nova configuração de sentido, através de uma simbolização. A atitude do médico, sua postura, sua disponibilidade autêntica, serão sempre fundamentais para o início de uma reorganização no universo simbólico do paciente. Sabe-se, não obstante, que o diagnóstico de câncer ainda é uma verdade não toda dita ou, no mínimo, mal-dita.

Dados de pesquisa realizada em 2001 por uma equipe multiprofissional, formada pelos psicólogos Luciano L. de Oliveira e Scheylla S. Riedmiller, e pela radioterapeuta Conceição Aparecida de Souza, além de outros, tendo por abordagem a comunicação de diagnóstico e prognóstico por parte de médicos e enfermeiras do Hospital do Câncer do Ceará, revelaram que 91,4% dos pesquisados julgaram importante dizer o diagnóstico ao paciente, 53,4% têm alguma dificuldade em fazê-lo e só 27,1% o fazem com frequência. Se “ho diagnóstico a gente morre um pouquinho” – como afirmou certa vez uma paciente – deve-se, certamente, incluir nesse “a gente”, também a figura do médico.

Sabedor da *via crucis* do paciente, sem possibilidade de lhe garantir a salvação, o médico, por ocasião do diagnóstico, sente-se a própria encarnação da impotência, confrontado com a premência de ocupar um lugar reconhecidamente negligenciado em sua formação: o de cuidador.

A dificuldade em lidar e aceitar a incerteza da cura, expressa no sentir-se impotente, é motivo para que alguns profissionais assumam uma postura autoritária, impulsiva e até negligente no processo de transmissão da verdade ao paciente, prejudicando o vínculo que estabeleceu com este, tão necessário às etapas vindouras. Desse modo, a comunicação do diagnóstico pode ser vista como outra das mortes em oncologia.

A temática do sentimento de impotência também convida à reflexão sobre o que representa a terapêutica adotada para o enfrentamento do câncer.

Cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia. Sem dúvida um arsenal poderoso, mas limitado e , como um contra-senso, potencialmente cancerígeno (no caso da radio e quimioterapia, por excelência). Alcançado o limite suportável, se a pedra insiste em rolar montanha abaixo, diz-se que o paciente encontra-se “fora de possibilidades terapêuticas” (FPT). Não se pretende discutir aqui o interessante problema ético sobre quem deve indicar o referido limite, por não ser esse o objeto do ensaio. O que se deseja acentuar é o sentido e a mensagem contidos na expressão atrás referenciada.

Os psicólogos aprendem, desde cedo, em sua formação, a dar muita atenção à força do que é dito e, principalmente, do que é velado através das palavras. Ser um paciente FPT implica, no jargão médico, não ter condições de cura, nem de tratamento, ou seja, não poder frear o galope da doença. Assim concebida, a expressão põe em relevo uma simplificação que faz sinônimos os adjetivos terapêutico e curativo, quando, em verdade, logo se verá quão abrangente é o primeiro.

No dicionário Aurélio, encontra-se a seguinte definição para terapêutica: “Parte da medicina que estuda e põe em prática os meios adequados para *aliviar* ou curar os doentes”(grifo do autor). Salta aos olhos que , em se preservando o rigor da conceitualização aureliana, não deveria haver nunca um paciente FPT, mesmo e, principalmente, em oncologia. A insistência em uma redução metonímica que faz da parte (cura) o todo (terapêutica), conduz a uma antinomia com grandes implicações práticas, a mais dramática sendo o fato de muitos médicos não conseguirem nem aliviar satisfatoriamente, nem obviamente curar.

A conclusão que se impõe é que a um paciente FPT corresponderia um profissional “IPCC” (Impotente Para Cuidar e Curar). A pesquisa já mencionada mostrou que 83,9% dos médicos e enfermeiras encontram grande dificuldade em comunicar ao paciente sua

condição de FPT, sendo a sensação de impotência e o sentimento de tristeza as reações mais freqüentes. O ser FPT sinaliza aos profissionais que eles perderam. Como em qualquer grande perda, fica por se saber o que realmente foi perdido. Assim, é justo que se tome o estabelecimento da condição FPT e a tarefa de anunciá-la, como mais uma morte em oncologia.

Até aqui foram abordadas algumas das perdas mais impactantes na oncologia, a partir da observação de um psicólogo. Mais que perdas, a impressão que se tem é de que essas são sentidas como mortes. É, então, para a Morte, enquanto fim de uma história que a atenção do leitor deve ser dirigida daqui por diante. Pretende-se a seguir trazer à luz, algumas reflexões sobre a temática do luto em oncologia.

Frente à iminência da morte de uma pessoa com câncer, tudo aquilo ensinado pelo saber formal, acadêmico, deve ser colocado entre parênteses. Dir-se-ia até que, a rigor, não deveriam existir mais, nesse momento, psicólogos, médicos e enfermeiros, mas seres humanos autenticamente presentes, facilitando a passagem de um outro ser, para o radical desconhecido. Quem lê os atendimentos realizados por Kübler-Ross a pessoas nas proximidades da morte, não identifica em seus escritos uma psiquiatra, mas alguém inteiramente sintonizada com o desejo e as necessidades do ser, em passagem. O dogma do não envolvimento revela sua improficuidade. Adverte-se, todavia, ser por demais importante para o profissional atuante, no caso, possuir estrutura emocional que o impeça de se perder na angústia da pessoa que está morrendo, já que ela reflete, como em um espelho, todos os pontos não trabalhados pelo profissional em relação à morte.

O tema da passagem é extremamente atual em psico-oncologia. A pesquisa à qual foi feita referência anterior, revelou que a concepção de morte mais freqüente entre os sujeitos estudados foi exatamente passagem, seguida de perda e fim.

Que a morte seja uma experiência incompartilhável ninguém duvida. Mas, nem por isso, deve-se subvalorizar a importância de se ter alguém para segurar a mão quando se está a morrer, um alguém que ouse acariciar seu rosto, em um verdadeiro “acalanto de adeus”, como afirmou o grande Vinícius de Moraes. Alguém, enfim, que tenha o bom senso de – num momento em que bom senso é o que menos se tem – não insistir em dizer que não se vai morrer, mas, ao contrário, deixar partir.

Todo o esforço à propalada humanização da medicina tende a se tornar inócuo, caso permaneça a ausência de médicos e demais profissionais no *hic et nunc* da morte de seus pacientes. Útil se faz lembrar as palavras de uma enfermeira, atuando em oncologia, em que se expressa sua angústia por trabalhar em um lugar onde “deixo o paciente vivo quando saio e, ao retornar, fico sabendo de seu óbito. Qual o sentido do meu trabalho!?” Vindo de alguém treinado para cuidar – essência do belo ofício de enfermeira – isso é ainda mais sintomático.

O exposto até aqui remete inexoravelmente à questão do luto. Dentre as várias definições desse fenômeno, tomar-se-á, como exemplo, aquela que faz parte do universo psicanalítico, ao qual pertence o autor deste artigo.

Laplanche e Pontalis (1988) definem luto, da seguinte maneira: “ Processo intrapsíquico, consecutivo à perda de um objeto de afeição, através do qual o indivíduo consegue dasapegar-se dele.” Percebe-se não se tratar de qualquer perda, nem de qualquer objeto. Quando não se está intimamente enlaçado ao objeto, quando não existe a afeição expressa na definição, não há por que se falar em luto, o que torna clara a não existência de relação apodíctica entre aquele e a morte. Destarte, raro é encontrar médicos em trabalho de luto por um paciente perdido, mesmo em oncologia, onde se torna possível acompanhar todo o desenrolar de seu drama, dele fazendo parte.

É inegável o fato de que, se cada morte implicasse um luto, a própria atividade médica tenderia a se inviabilizar. Contudo, isso não justifica o evitamento fóbico do paciente por parte da maioria dos discípulos de Hipócrates, tão bem ilustrado pelo “get in, fix it, get out”, orgulhosamente ensinado pelo personagem interpretado por William Hurt na instrutiva película “Um golpe do destino”.

O luto não é freqüente, devido às defesas psíquicas e comportamentais adotadas pelo médico. A insistência em não trabalhar seus “pontos cegos” sobre a perda, a dor, a morte, a frustração, etc., “imputa ao corpo o que deveria ser tarefa da alma”. Daí o alto índice de somatizações, alcoolismo, drogadicção e suicídio encontrado na classe médica (Meleiro, 1999, p.32).

Não se quer passar a idéia de que o oncologista não sinta a perda de seu paciente, e, ainda, que a morte deste não seja tomada como oportunidade para uma reavaliação de seus valores. Entretanto, há toda uma tradição mecanicista, objetalizante, somada à divinização do médico e a um forte narcisismo nele presente, que contribui para que a morte seja a marca de uma falha, de uma derrota, de uma imperfeição, da impossibilidade, imanente à espécie humana, de poder tudo. Dessa forma, pode-se afirmar que outra morte, em oncologia, é a do médico que, no hospital, sente-se em um salão de espelhos, vendo-se refletido na agonia de cada paciente, que o faz lembrar de sua humana fragilidade.

Afinal, quem morre em oncologia? A hora é propícia para responder a pergunta inicial. Após tudo o que foi abordado ao longo deste texto, tem-se, como resposta possível, que morre todo aquele que ousar despir-se de suas atitudes, narcísicas, e caminhar, lado a lado com o paciente, nem mais à frente, nem mais atrás; morre aquele que, para além da ausculta, escuta; morre também aquele que se deixa tocar, em todos os sentidos, pelo paciente; enfim, morre aquele que, tal qual Gabriel Garcia Marques, reconhece o fato de

“um homem só ter direito a olhar um outro de cima para baixo se for para ajudá-lo a levantar-se.” E o paciente, não morre, então? Esse, até morre... sinceramente agradecido.

**Referências Bibliográficas:**

BRANDÃO, J de S.(1993) Mitologia Grega, v 1. Petrópolis:Vozes

LAPLANCHE, J & PONTALIS, J.B.(1988) Vocabulário de Psicanálise. São Paulo:Martins Fontes

MELEIRO, A.M.A.da S.(1999) O Médico Como Paciente. São Paulo:Lemos