

ANDANDO PELO VALE DA SOMBRA DA MORTE: O CASO DE DONA SOFIA¹ E O ENFRENTAMENTO DE UM CÂNCER TERMINAL

Rosângela de Araujo Lima²

Artur Fragoso de Albuquerque Perrussi³

(Orientador)

RESUMO

Esse artigo objetiva relatar o enfrentamento de um câncer terminal por uma senhora de 68 anos- dona sofia (Nome Fictício) no Hospital Napoleão Laureano, em João Pessoa, Tem como foco principal a morte pela referida doença. O estudo é eminentemente qualitativo, com uso da etnografia e bricolagem metodológica e teórica. Caracteriza-se por um estudo de caso. Tem como objetivo geral descrever as percepções sobre o enfrentamento de um câncer terminal por uma paciente, e apresenta os seguintes objetivos específicos: relatar a verbalização de uma paciente F.P.T através do teste HTP; identificar e traduzir a linguagem não verbal da referida paciente. Os resultados evidenciam uma compreensão da morte pelo sujeito em foco. Como também, revelam a solidão da paciente FPT e o uso de tratamentos fúteis, como também, uma cristalização do cotidiano hospitalar, com poucas possibilidades de mudanças paradigmáticas dessa realidade. No entanto, ao aplicar o HTP e interpretá-lo fenomenologicamente, observa-se que Dona sofia tem muito a revelar sobre sua condição de vida e saúde. Embora haja a formação do chamado pacto do silêncio ao seu derredor.

Palavras- chave: Sociologia da Saúde; Morte; Cotidiano; Humanização; Câncer.

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, o ser humano tem se deparado com um profundo dilema e limite à sua existência: a morte. Todas as culturas e civilizações conhecidas empenharam-se em estabelecer uma forma de representá-la social e psicologicamente, reveladas por práticas cotidianas que dessem conta da inquietude causada pelo término da existência, de modo a estabelecer uma maneira de lidar com ela. Registros apontam que o *homo sapiens* enterrava suas

¹ Nome Fictício

² Doutora em Sociologia; Mestre em Educação; Especialista em: Sexualidade Humana; em Metodologia do Ensino Superior; em Saúde Pública; psicóloga e Cirurgiã- Dentista. psirosa2@gmail.com

³ Médico-psiquiatra é mestre e doutor em sociologia (UFPE e UFPB, respectivamente). É professor efetivo da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Faz parte do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE e é colaborador do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPB. Atua na área de Sociologia, com ênfase em três eixos: Sociologia da Saúde, Sociologia Política e Teoria Social.

e seus mort@s⁴ “sentad@s”, com os joelhos encurvados e amarrados aos pulsos, o que leva à crença de que havia um temor da volta d@s mort@s para a vida ou o intuito, principalmente, de vingança ou resolução de pendências (RODRIGUES, 1983). Morin (1997), Rinaldi (1996), Leloup (2001) apontam que o Homem de Neandertal, ou *homo faber*, dava sepulturas a seus/suas mort@s. As sepulturas são consideradas um forte traço de humanização para ess@s autor@sⁱ.

No escopo desse texto discutirei como se dá a construção do cotidiano sobre a morte, entre pessoas que a vivenciam constantemente, sejam profissionais de saúde, pacientes considerados fora de possibilidades terapêuticas (FPT) e suas/seus familiares, os quais orbitam em torno do câncer, doença considerada metafórica por suas características sócio psicológicas, pois traz o estigma da morte, como outras morbidades que a antecederam historicamente, como a hanseníase (lepra), a peste negra, a sífilis e a tuberculose.

Em um primeiro momento, é importante destacar que um estudo sobre a morte, na verdade, é um estudo sobre a vida, em seu cotidiano e nas imagens e representações formadas sobre a mesma, posto que não haja ninguém que voltou da morte para fazer um relato de como é realmente morrer. O ser humano vê o fim da existência d@ outr@ e, por isso ocorrer, tem a ilusória sensação de que não sucumbirá a ela, ou, nas palavras de Certeau (1994):

Participo da mentira que localiza a morte alhures, no hospital, [...] eu a metamorfoseio na imagem do outro; identificando-a com o moribundo, transformo-a *no lugar onde não estou*. Pela representação, exorcizo a morte, colocada no vizinho, relegada num momento do qual postulo que não é meu (CERTEAU, 1994, p.298).

Ou seja, o autor supracitado, revela a impossibilidade que os humanos têm de encarar a terminalidade da própria vida. De certo modo, todos nós, salvo raras exceções, lançamos mão de mecanismos defensivos do ego para lidar com o medo da morte. Zaidhaft (1990) assinala que não devemos nos envergonhar desse medo, pois é terrível pensar na própria finitude e necessitamos de alguma crença religiosa, científica ou de qualquer outra ordem para nos explicar o mundo e a nós mesm@s. Dastur (2002) concorda com essa proposição de que a morte só é vista n@ outr@ e, quando é vista por nós, já não somos; ou como bem afirma Bauman (2008, p. 44-4), “É por essa razão que a morte tende a permanecer incompreensível para os vivos (...) a única coisa que não podemos e jamais poderemos visualizar é um mundo que não nos inclui visualizando-o”. A angústia que se sente é pela perda de quem morre, não por tornar *real* a consciência de que se é um ser-para-a-morte.

⁴ Escrevo com o @ na flexão de Gênero por optar pelo não uso do masculino genérico nem na excessiva flexão Masculino/Feminino. Foi Orientação da banca de qualificação de tese.

A morte se configura como um longínquo devir, na velhice, em que nada há para sentir sobre o término da vida. Nesse fio condutor, todas as mortes que não correspondem a esse modelo são taxadas de acidentais, “extraordinárias”, ao ser esse o processo explicativo que a contemporaneidade se apropriou para lidar com o término da vida, o qual não admite mortes precoces (ESSLINGER, 2004; DASTUR, 2002; GUTIERREZ, 2003).

Ao estudar a morte, enquanto fenômeno de pesquisa científica há vários caminhos a percorrer, a exemplo de práticas funerárias entre sociedades diversas e suas simbolizações, representações e o relato do cotidiano sobre a morte e o morrer (ZIEGLER, 1975; RODRIGUES, 1983; THOMAS, 1993; MORIN, 1997), ou em uma mesma sociedade, em períodos históricos vários, como o fez Ariès (1989, 1990, 2003), até questões de contenda político-social, como a cemiterada, revolta acontecida na Bahia, mais precisamente em Salvador, contra um decreto governamental que impedia o enterro dentro de Igrejas e a instituição do cemitério: o Campo Santo. A revolta, ocorrida em 25 de outubro de 1836, foi promovida por diversas irmandades religiosas que não aceitavam o referido decreto e teve o apoio do populacho, resultando na sua revogação provisória (REIS, 1991).

Neste trabalho, opto pelo segundo viés e enveredarei por trilhas construídas e caminhadas pelas atrizes e atores sociais que se encontram envolvidos com o processo de morrer e a morte de pacientes com câncer hospitalizados, muito embora faça referências a outros percursos, quando necessário, no percorrer da construção deste trabalho. Contudo, todos focados e direcionados ao cotidiano que se faz presente na forma como a morte é encarada e simbolizada no campo de pesquisa, a saber, o Hospital Napoleão Laureano (HNL) e traduzida em práticas laborais.

2. ESTADO DA ARTE

No atual momento sócio histórico por que passa a contemporaneidade, a morte tornou-se alheia à vida: foucaultianamente falando, o Ocidente elaborou dois dispositivos discursivos os quais, dispensando-a sem piedade, tornam-na outra coisa: o primeiro espetaculariza a morte, transformando-a num show - é a morte do outro - a exibida diuturnamente em telejornais, revistas, filmes, games, seriados de TV, nos quais a aparição de numerosas mortes (às vezes apresentadas em detalhes) é banalizada, tornada corriqueira, quiçá, circunstancial: “*Ele morreu porque pegou aquele voo*”. Vista como um erro do destino ou algo que o valha, desse modo, a morte é, senão dominada, no mínimo transmutada em mera fatalidade. O segundo dispositivo é o de negar a própria morte (e de pessoas muito próximas), o que se constitui - *na ocultação da morte* - não se morre mais em casa, mas no ambiente higiênico, antisséptico e anônimo de um hospital, onde o *corpo* (também um dispositivo linguístico de controle) é rapidamente removido, preparado adequadamente e encaminhado à casa mortuária, onde se dará o velório

(que foi abolido da própria residência d@ mor@). Ao chegar ao local, esse cadáver passará por um processo de *retoques* para tirar-lhe a face da morte e possibilitar a quem o olhe a impressão de que tão somente está dormindo: coloca-se algodão nas bochechas, para retirar o aspecto encovado de emagrecimento, escovam-se os cabelos, e sobancelhas, às vezes aparando-as, e cobre-se o corpo de flores, o que não possibilita uma visão completa daquele ser humano que chegou ao término de sua vida. Demonstração de dor exagerada, lamentos e choros altos não são considerados *de bom-tom*. O preto é expressão de luto, e as missas de sétimo e trigésimo dias são encomendadas por uma questão de fé ou tradicionalismo religioso, por aquel@s que são católic@s roman@s praticantes ou apenas *para dar uma satisfação à sociedade* (KOURY, 2003; ZIEGLER, 1977; D' ASSUMPCÃO, 1984).

Pessoas tolhem-se e são tolhidas, nesse espaço societal, em discorrer sobre a inevitável ruptura da vida, apesar de o fim ser comum a tod@s. Na contemporaneidade, é considerado ato de bondade e, por que não dizer, de elegância social, não constranger @ moribund@ com uma sinalização, uma abertura para uma escuta de seu processo de morrer, o qual se torna extremamente solitário, em especial, quando se trata de uma doença crônica, como o câncer que, na maioria das vezes, é lenta e requer terapias extremamente agressivas, que debilitam @ paciente fisiológica e psicologicamente. Como exporei no escopo desse artigo, forma-se o que algumas e alguns autor@s denominam uma *conspiração do silêncio* em torno d@ moribund@. (BARBOSA, 2003).

Trabalho com a Sociologia Formal de Simmel (1973; 1983; 2006), que focaliza a interação entre indivíduos e entre esses indivíduos e os grupos sociais a que pertencem, gerando um estudo microsociológico, contudo, não menos importante que o estudo macrosociológico. Simmel é inclinado a uma Sociologia Filosófica, posto que seus escritos espraiam-se sobre questões um tanto quanto metafísicas, em que realiza uma interlocução do individual e o coletivo, parecendo uma reciprocidade. Porém, isso não lhe retira a genialidade de sociólogo, cuja importância equipara-se a de Weber e Durkheim. É a interação, a sociação entre os indivíduos que está no centro de seus escritos; por outro lado, no atual momento acadêmico em que o surgimento de novos paradigmas epistemológicos emergem solidamente, Simmel nunca foi tão condizente, a partir dessa transversalidade de sua sociologia. Outro ponto é que ele, ao contrário de Marx e Durkheim, não advoga um sistema societal, apresentando-se ambivalente em sua análise do devir das sociedades complexas gestadas e geradas pelo projeto moderno (SIMMEL, 2006; MORAES FILHO, 1983; VANDENBERGHE, 2005).

Ao lado de Simmel, recorro aos escritos de Elias (1993, 1994a, 1994b, 2001), pois adentro numa Sociologia do Cotidiano, e nada mais cotidiano que a morte. É em uma narrativa do vivido que construo este trabalho, a partir do conceito de que a Sociedade não está

crystalizada num extremo e, por outro lado, os indivíduos sendo por ela amoldados, há uma interação e constante relação dinâmica entre essas aparentes *polaridades*. De modo que se torna muito difícil, por que não dizer impossível, compreender processos sociais considerando apenas o individual. É indispensável referenciar a sociedade, pois não há um sem a outra.

Em um esforço para sair do pensamento dicotômico presente entre correntes da Sociologia, que polarizam a discussão entre um individualismo metodológico, no qual só há indivíduos que produzem ações, sendo “sociedade” uma abstração, e um holismo, no qual a sociedade é que detém toda e qualquer autoridade constitutiva sobre o indivíduo, autores como Elias (1994), Álvaro & Garrido (2006), Berger & Luckmann (1996), entre outros, postulam uma visão de interdependência entre os indivíduos e a sociedade, como dito anteriormente. O todo é mais que a soma de suas partes. Uma sociedade, mas uma Sociedade de Indivíduos, afirma Elias (1994).

Nesse contexto, a morte é fatiada e fragmentada em inúmeras ameaças cotidianas à sobrevivência; transferida para a velhice, insulada no ambiente tecnológico hospitalar. Ela perde sua unicidade representacional, tal como concebida no medievo e é representada parcialmente de acordo com as particularidades, conveniências dos espaços sociais delimitados a que pertence e, no caso de pacientes oncológicos FPT, há que se considerar um forte poder: o poder médico. A ele é difícil se contrapor, uma vez que, com a transferência da morte de casa para o hospital, são os profissionais da medicina quem detêm em seu falar e agir o que dizer, como pronunciar e o que relatar (ou não) sobre o término da vida.

Esse poder médico tem uma formação de *curar* e assimila a morte como uma *derrota* profissional. O paciente FPT não é mais motivo de interesse e atenção desse profissional, e o destino que lhe cabe é aguardar a chegada da morte, tendo contato com os técnicos de enfermagem, que lhe aplicam as prescrições médicas. O paciente recebe, eventualmente, a visita de supervisão de um/a enfermeiro/a. Esse ser-para-a-morte, num linguajar heideggeriano, é escamoteado e esquecido; mesmo vivo, ele já morreu. O discurso de Heidegger sobre a temática existencial não pode nem deve ser omitido neste trabalho, pois, para o filósofo alemão, “um ser humano, ao nascer, já está apto para morrer”.

Mas a sociedade contemporânea vive uma e numa ambiguidade, pois a existência da cultura só tem sentido porque as antigas gerações morrem, e é necessário transmitir os elementos culturais às novas. Aqui, retomo Simmel (1983), quando ele apresenta, com muita propriedade, que a renovação da sociedade se faz lentamente. A espécie humana não morre toda de uma vez, para dar espaço à nova geração, e é por que se dá essa morte pontual que o ser humano tem a ilusão de ser imortal. A substituição de gerações de forma gradual permite que as antigas tenham influência sobre as que lhe sucedem, porém o inverso não ocorre. A morte é algo

aprendido, para Morin (1997), um fenômeno para o qual as pessoas, cada vez mais, dão um motivo ocasional (doenças, infecções, acidentes, homicídios), o que se traduz em uma tendência grupal de não reconhecer a discussão inadiável de que a mesma se apresenta como necessária para a continuação da espécie, como, também, para se (re) pensar a existência a partir dela. É um tema tabu, assim como o sexo, que deve ser enfrentado e discutido nas sociedades ocidentais e ocidentalizadas, no intuito de instigar a formação de pensador@s das mazelas sociais que angustiam o enfrentamento do término da vida.

Kübler-Ross (1975), em uma de suas inúmeras palestras, perguntou, em certa ocasião, a uma plateia atenta o que fariam se soubessem que estavam para morrer. Sugeriu respostas como a tentativa de pôr talvez as finanças em dia; terminar inimizades com parentes e/ou amig@s; sequenciar fotos antigas; ver o mar; escrever poemas, autobiografia ou desesperar-se diante da iminência da morte. Pois bem, afirmou ela, “*Nós vamos morrer! Você vai morrer e, realmente, não há como saber de que modo, nem quando. Nada te garante de que será em um longínquo devir*”.

3. METODOLOGIA

Esse relato faz parte de minha pesquisa de doutorado, a qual foi realizada em 2009, nas dependências do Hospital Napoleão Laureano- HNL-, em João Pessoa, a mesma foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, CCS/UFPB, tendo sido aprovada por unanimidade na 6ª reunião ordinária do referido comitê, realizada no dia 30/julho/2008; N. 0334/ 2008.

No trabalho utilizo, como marco metodológico, a bricolagem de instrumentos de coleta de dados, eminentemente fenomenológicos, com o intuito de descrever o enfrentamento de um câncer terminal pela paciente em foco. O que tenho a apresentar são dúvidas, questionamentos, não certezas previamente estabelecidas. Para tanto, recorro aos seguintes instrumentos de coleta de dados:

- Aplicação do HTP, Teste Psicológico Projetivo, com o objetivo de facilitar a comunicação e o relato da vivência do está doente da paciente.
- Diário de Campo com registros etnográficos.

O recrutamento da paciente se deu via indicação do posto de enfermagem do HNL e contato prévio com familiares e a própria paciente, a qual assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como também, uma filha que era sua cuidadora. O tempo de exposição, acompanhamento e coleta de dados aconteceu através de visitas diárias à paciente, durante uma semana. Eram encontros, que ocorriam na Enfermaria que a mesma se encontrava, com uma

duração média de 30 a 40 minutos, geralmente entre as 09h00min e 10h00min horas da manhã, horário que a mesma já havia de alimentado e feito sua higiene pessoal.

Esse é um estudo de caso, qualitativo e etnográfico, que faz uso da aplicação do teste projetivo do inconsciente HTP (House/Tree/People) em que o sujeito pesquisado desenha uma casa, uma árvore e uma figura humana e responde a perguntas sobre esses desenhos. Associa-se um diário de campo com registros etnográficos dos encontros diários com a paciente. Os traços apresentados nos desenhos aliados às respostas avaliam o discurso oculto da pessoa que se submeteu ao teste. Falas que são cerceadas pela vontade consciente, são expostas no ato de desenhar do HTP e as respostas vêm acrescentar nitidez a esse discurso proveniente do inconsciente. O HTP é um teste robusto que se apresenta consolidado quanto à sua aplicabilidade e confiabilidade. O Diário de campo vem somar o registro de falas, linguagens não verbais e vivências minhas enquanto pesquisadora.

Os dados foram analisados qualitativamente, sob uma ótica compreensiva, descritiva, interpretativa, sem verdades absolutas, mas tão somente sinalizações, caminhos, trilhas de como se dá o processo de enfrentamento de um câncer F.P. T para uma senhora idosa, pois:

Nenhum método é capaz de compreender todas as variações sutis na experiência humana, conseqüentemente, os pesquisadores qualitativos empregam efetivamente uma ampla variedade de métodos interpretativos, interligados, sempre em busca de melhores formas de tornar mais compreensíveis os mundos da experiência que estudam (NORMAN DENZIN & JYONNA LINCOLN, 2006, p. 33).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Meu campo de observação para a paciente é a enfermaria vinte e seis, que se localiza no final de um longo corredor composto por outras enfermarias. A de número vinte e seis é denominada *Isolamento*, pois para lá vão pacientes Fora de Possibilidades Terapêuticas.

É composta por três leitos, tem uma varanda e um banheiro. Os familiares que acompanham seus/suas enferm@s formam certo tipo de rede social, na qual há uma troca simbólica, ou seja, há palavras interditas, outras estabelecidas, todo um léxico subjacente de que só me inteirei ao longo da observação e aceitação pelo grupo. É evidente a angústia de ter alguém próximo de si, ali, em condições altamente precárias de saúde. @s doentes também participam dessa rede, quando é lhes fisicamente possível. De acordo com Johnson (1997, p.190), “A rede é simplesmente um conjunto de relações que ligam pessoas [...] diferenças entre pessoas podem ser compreendidas por elas pertencerem a redes diferentes”.

- **A CAMINHANTE DO VALE**

Dona sofia, 68 anos, carcinoma de pulmão, cirurgiada, provável metástase no fígado. Do interior, cidade litorânea, próxima a João Pessoa. Apliquei o teste HTP (House/Tree/People)⁵.

Casa: dona sofia* diz que aquela casa é de sua filha e que falta tudo, eu insisto para que ela clarifique o que realmente falta, e ela responde: *Eu gostaria de morar nessa casa com uma filha, mas falta muita coisa, né? Falta conforto, água, energia, muita coisa dentro pra fortificar ela.*

Dona sofia está totalmente debilitada, porém não caquética, é muito clara e objetiva quando resume: “Falta [...] muita coisa dentro para fortificar ela”. É uma mulher plenamente ciente de sua doença, de sua debilidade física e emocional e quer morar com uma das filhas (sei que ela tem mais de uma filha, por intermédio da que a acompanhava no hospital). A casa de dona sofia é muito semelhante à mulher que vejo diante de mim. Todavia, no desenho, a paciente fez um quadrado, cheio de divisórias que dá margem a, pelo menos, duas interpretações: uma que seria seu próprio corpo segmentado após as cirurgias a que se submeteu, e outra, de ordem mais prosaica, seria uma tentativa de reproduzir a arquitetura HNL, muito embora esse espaço social esteja repleto de embates que dona sofia trava pela vida. A primeira interpretação está de acordo com o manual do HTP; a segunda é de ordem mais fenomenológica. É onde ela viveu os últimos vinte dias e já havia estado anteriormente, com outra cirurgia e entradas no pronto-atendimento. As portas da casa são largas e as janelas se confundem com portas, pelo tamanho, o que revela excesso de dependência de figuras parentais ou excessivas buscas de contato humano e necessidade de afeto. Desnecessário dizer que uma senhora de sessenta e oito anos, com um câncer em estágio avançado, debilitada por cirurgias, realmente está desejosa de todo contato e apoio humano de que possa dispor. Todavia, não será neste momento que o H.T.P. torna-se valioso com a paciente, mas, em especial, no desenho da árvore, como apresentarei a seguir.

Dona sofia, de um mutismo quase absoluto, passou a uma comunicação efetiva. Os traços de lápis eram bastante fracos, o que, de acordo com Ocampo (2001), revela inibição, timidez e nível energético mais baixo, em muito condizente com a doente.

Árvore: Dona sofia desenha uma árvore com o tronco bem escuro e uma copa que lembra uma folha de couve. Sua árvore não tem raízes. Ela me informa que é um jambeiro e que tem fruto; sua idade é quinze anos. A árvore possui a estrutura de ramos pequenos e o tronco excessivamente grande; possui traços bem fortes, o que revela frustração devido à incapacidade

⁵ O HTP é um teste projetivo do inconsciente no qual a pessoa desenha uma casa, uma árvore e uma pessoa.

* Nome fictício.

de satisfazer necessidades básicas (OCAMPO, 2001), o que realmente conduz com sua história médica, pois ela se encontra impossibilitada de satisfazer as mínimas necessidades, devido ao comprometimento físico causado pelo câncer. Outro ponto são as extremidades dos ramos que se encontram envolvidos por círculos (copa-nuvem), que revelam pessoas cuja agressão não se descarrega nem interna nem externamente, pois a inibição lhes impede. Dona sofia, com quase absoluta certeza, era detentora deste perfil. E se não fosse, passaria a adotá-lo, pois, até onde pude observar e anotar em meu diário de campo há uma insistência monocórdia em ter pacientes *quiet@s e bem-comportad@s*, que não causem celeuma ao bom funcionamento da rotina hospitalar. Fico a me perguntar se eu pudesse conversar com esses e essas pacientes em casa, se obteria tanto mutismo... A árvore de dona sofia é a única a dar frutos, em relação às demais. Sua filha me revela que há uma neta de quinze anos a quem ela é muito ligada; trás recordações da própria Dona sofia em sua juventude, pois no hospital, um ambiente frio e despersonalizado, essas lembranças devem ser um excelente refúgio para a enferma. Sua solidão é tão notória e evidente! Klafke (1998) aponta que há duas formas de a equipe de saúde se relacionar com pacientes FPT: à Distância Crítica e à Grande Distância. A primeira ocorre quando há envolvimento com @ paciente, mas que este tem limite, o que é absolutamente necessário; a segunda modalidade de interação consiste numa frieza extrema, que muitas vezes impulsiona @s profissionais a fugir de tais pacientes. Nas palavras de Certeau (1994):

[...] Morto em sursis, o moribundo cai fora do *pensável*, que se identifica com aquilo que se pode *fazer*. Saindo do campo circunscrito por possibilidades de intervenção, entra numa região de insignificância. Não se pode dizer mais nada ali onde nada mais pode ser feito [...]. Um cidadão que não trabalha [...]. Em nossa sociedade, ausência de trabalho significa absurdo; deve-se eliminá-la para que prossiga o discurso que incansavelmente articula as tarefas e constrói o relato ocidental do “há sempre alguma coisa a fazer”. O moribundo é o *lapso* desse discurso. É, e não pode ser senão obsceno. Portanto censurado, privado de linguagem, envolto numa mortalha de silêncio: inominável CERTEAU, 1994, p. 294).

De modo que a árvore de dona sofia, é sua neta (?!), não ela que, na hospitalização, perdeu a voz e a identidade, afinal, é “a paciente do câncer no pulmão”. E só quando percebeu que eu a ouvia e com ela interagiu, conversou comigo, via desenho, é importante ressaltar.

Pessoa: Para Ocampo (2001), o desenho da pessoa pode dar motivos a três tipos de temas: autorretrato, o ideal do ego e a representação de pessoas significativas para o sujeito (pai, mãe, irmã, irmão, filhas, filhos, etc.). Dona sofia desenhou uma cabeça, braços, traços como se fossem longas pernas e pés. O rosto indica o traço social do desenho. Obtive um com alguns detalhes, pois a paciente desenhou o oxigênio que recebe. Os olhos desenhados são pequenos, o que corrobora a interpretação clássica, pois, quando assim surgem, revelam absorção de si mesma. O que condiz com a solidão da paciente: quem a quer ouvir?

A imagem do eu é construída a partir de um misto de impulsos pessoais, conduta e realidade circundante. Qualquer conflito em um desses setores é, em geral, acusado ou projetado no desenho da figura humana, que é a representação da imagem do corpo. Alteram-se conforme as enfermidades, físicas ou mentais. No desenho de dona sofia, a pessoa tem, basicamente, uma cabeça e braços, não tem tronco, não tem cabelos, os quais se relacionam com a estética, a beleza, a autoestima.

Por outro lado, a concepção da imagem corpórea se relaciona com o movimento e o contato com o mundo exterior. Os indivíduos que, por qualquer motivo, como enfermidade, carecem desses movimentos e contatos, podem projetar essa situação desenhando uma figura vazia, vegetativa, regressiva. Acham-se limitados às percepções e sensações do próprio corpo. O desenho de dona sofia não tem mãos. Para que as ter, se não há quem as queira segurar? O desenho, também, apresenta contornos imprecisos, o que é revelador de dificuldades: contato superficial e não afetivo com o ambiente físico e, sobretudo, social; dificuldades nas relações sociais. Contudo o que mais se destaca na figura humana dessa paciente é a ausência de um corpo definido, de tronco, ela mal existe em seu desenho, o que é bastante compatível com sua vida no hospital, onde ela é uma doença: “Há uma paciente FPT com câncer de pulmão”, foi assim que fui informada sobre ela, pois não havia vaga na vinte e seis e dona Sofia ficou noutra enfermaria. Uma enfermeira, a quem eu entrevistara, me avisou. Ela não tinha nome, nem identidade, era tão somente sua patologia! A paciente percebe, sente, perscruta o isolamento social ao qual é relegada! Já se encontra conceituado nesse trabalho que cotidiano refere-se à tradição, estabilidade e identidades fixas. Pois bem, a equipe de saúde por mim observada, no HNL, tem como certo a representação de seus papéis sociais, os quais se encontram fixados. Confesso que encontrei apenas um médico e uma enfermeira que a tudo questionaram, entre as treze pessoas por mim ouvidas. Goffman (2008), trata do assunto de papéis sociais quando assevera que:

Quando um ator assume o papel social estabelecido, geralmente verifica que uma determinada fachada já foi estabelecida para esse papel. Quer a investitura no papel tenha sido primordialmente motivada pelo desejo de desempenhar a mencionada tarefa, quer pelo desejo de manter a fachada correspondente, o ator verificará que deve fazer ambas as coisas. (ERVING GOFFMAN, 2008, p. 34).

O silêncio da paciente e seu desenho da figura humana se coadunam com o casulo social em que a mesma se encontra. Dela é esperado obediência e que não atrapalhe o bom andamento dos plantões, da rotina hospitalar. Respostas de dona sofia sobre a figura humana:

Ela está alegre (...). Ela deseja ser mais elegante, mais interessante... Uma coisa melhor pra ela. Mais importante é que ela fique mais decente.

Não, ela não está bem. Ela tem uma parte bem e outra triste, entende?

O que mais ela detesta? Eu acho que é, assim, desprezo, tristeza e a enfermidade.

As respostas de dona sofia são bem elucidativas. Seu desejo de estar alegre, de ficar decente, fisicamente e socialmente, pois sua solidão é marcante. Ela é uma paciente triste, muito triste e carente de contato humano. No período em que fiquei com ela, ao perceber que suas palavras eram importantes para mim, conversei muito, porém, sempre com medo. O medo presente de dizer algo que viesse a prejudicar seu tratamento no hospital; isso era muito notório! E sua expressão de melancolia, provavelmente, devido à aridez do HNL. Os processos de interação social são repletos de ruídos e infrutíferos; na maioria das vezes, reveladores da grande distância presente entre a equipe de saúde e pacientes. E há, também, a consciência da enfermidade. Depois de conversarmos, ela me relatou que tinha insônia, que dorme pouco por causa dos drenos. *“Sempre dói, falo pouco”*. Ou seja, a paciente fala pouco por vários motivos, entre eles a dor e o incômodo causado pelos drenos. Mas me disse que preferia não reclamar da dor, pois temia *“incomodar”*.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma paciente absolutamente silenciosa revela muitas coisas com o uso do H.T.P, pois é possível verificar que: Ela tem plena consciência de que está enferma e de que seu caso é sério. Sente dores e está incomodada pelos drenos; há uma fulgente solidão e o medo de não se *comportar* devidamente segundo as regras do hospital; seu comportamento é revelador de um abatimento emocional acentuado. Não interage com as demais companheiras de quarto, é retraída e melancólica. Sua autoestima encontra-se comprometida e o apoio da equipe de saúde, que é imprescindível nesse momento, revela-se, no mínimo, discutível.

A teoria aponta que sempre que há interação psíquica entre pessoas, há um corpo social e há um processo de sociação. Dona sofia, de certo modo, mantinha-se um pouco distante desse processo, possivelmente pelos agravos emocionais revelados a partir do H.T.P e, em especial, pela pouca disponibilidade do cotidiano hospitalar em facilitar algum tipo de sociação para uma paciente absolutamente carente de contato humano.

ABSTRACT

This article aims to report the confrontation of terminal cancer by a 68-year-old lady, Sofia (Fictitious Name), at the Hospital Napoleão Laureano, in João Pessoa, whose main focus is death for this disease. The study is eminently qualitative, with the use of ethnography and bricolage methodological and theoretical. It is characterized by a case study. Its general objective is to describe the perceptions about a patient's end-stage cancer, and has the following specific objectives: to report the verbalization of a patient F.P.T through the HTP test; identify and translate the non-verbal language of said patient. The results show an understanding of death by the subject in focus. As well, they reveal the solitary confinement of the FPT patient and the use of futile treatments, as well as a crystallization of the hospital

routine, with few possibilities of paradigmatic changes of this reality. However, when applying HTP and interpreting it phenomenologically, it is observed that Dona sofia has much to reveal about her condition of life and health. Although there is the formation of the so-called silence pact around you.

Keywords: Sociology of Health; Death; Daily; Humanization; Cancer. **Keywords:** Sociology of Health; Death; Daily; Humanization; Cancer.

REFERÊNCIAS

ÁLVARO, José Luis; GARRIDO, Alicia. **Psicologia Social**. Perspectivas Psicológicas e Sociológicas. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

ARIÈS, Philippe. **O Homem Diante da Morte**, vol. 1, Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1889.

_____ **O Homem Diante da Morte**, vol. 2, Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

ARIÈS, Philippe. **História da Morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BARBOSA. Antonieta. **CÂNCER: Direito e Cidadania**. São Paulo: Arx, 2003.

BAUMAN, Zygmunt. **Medo Líquido**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

CERTEAU, Michel. **A INVENÇÃO DO COTIDIANO**. 1. Artesde fazer. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 1994, 12ª Edição.

DASTUR, Françoise. **A Morte**. Ensaio sobre a Finitude. Rio de Janeiro: DIFEL, 2002.

DENZIN, Norman e LINCOLN, Jvonna. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa**. Porto A ELIAS, Norbert. **O Processo Civilizador**. vol. 1, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

_____ **O Processo Civilizador**. vol. 2. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

,_____ **A Sociedade dos Indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1994

_____ **A Solidão dos Moribundos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001

ESSLINGER, Ingrid. **De Quem é a Vida Afinal?** São Paulo: Casado Psicólogo, 2004. legre: Artmed, 2006.

GUTIERREZ, Beatriz A. Ozello. **O Processo de Morrer no Cotidiano do Trabalho dos Profissionais de Saúde de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva**. Tese de Doutorado. São Paulo: USP, 2003.

KOURY, Mauro G. Pinheiro. **Sociologia da Emoção**. O Brasil Urbano sob a ótica do luto. Petrópolis: Vozes, 2003.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **MORTE: Estágio Final da Evolução**. Rio de Janeiro: Record, 1975.

LELOUP, Jean-Yves. **Além da Luz e da Sombra - Sobre o viver, o morrer e o ser**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

MORAES FILHO, Evaristo de. **SIMMEL**. São Paulo: Ática, 1983.

MORIN, Edgar. **O Homem e a Morte**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

OCAMPO, Maria Luisa Siquier de. (org.). **O Processo Psicognóstico e as técnicas projetivas**. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

RINALDI, Doris. **A finitude humana**: algumas reflexões sobre o tema da morte. Revista Serviço Social e Sociedade, Ano XVI, n 51, São Paulo: Cortez, ago. de 1996.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu da morte**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

SIMMEL, Georg. **Questões fundamentais da Sociologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.

_____ A metrópole e a vida mental. In: Velho, O. G. **O Fenômeno Urbano**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1973. Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Consensus Statement of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. Crit Care Med 25 (5): 887-91

THOMAS, Louis-Vincent. **Antropologia de La Muerte**. México: Fondo Del Cultura Del México, 1993.

VANDENBERGHE, Frédéric. **As sociologias de Simmel**. Bauru, SP: EDUSC; Belém: EDUPFA, 2005.

Zaidhaft, Sérgio. **Morte e Formação Médica**. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves. 1990.

ZIEGLER, Jean. **Os vivos e a morte**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1977.
