

A MORTE ENQUANTO PONTE: UMA ANÁLISE SOBRE A FINITUDE DA VIDA A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA CIENTÍFICA E LITERÁRIA

GABRIELA SPACEK DA FONSECA¹

IVAN MARCOS RIBEIRO²

RESUMO DO PROJETO:

O artigo aqui apresentado é resultado do projeto diretor “A Relação Médico-Paciente Terminal Compreendida Através da Conexão entre a Literatura e a Medicina”, que tem como objetivo uma investigação da relação médico-paciente. Assim sendo, se torna viável a compreensão de como o indivíduo que se propõe ao exercício da Medicina pode se tornar mais preparado para estabelecer contato com a individualidade de cada paciente. É também de interesse do presente estudo investigar a Morte e suas implicações sociais, tendo sido observado que o contato com a morte de outro indivíduo acaba por despertar reflexões sobre a mortalidade, condição própria do ser vivo. As obras literárias escolhidas como objeto de estudo foram três obras do escritor gaúcho Erico Veríssimo (1905-1975), a saber: *Olhai os lírios do campo*, *O tempo e o vento - O retrato 1*, *O tempo e o vento - O retrato 2*, além das obras *O diabo e outras histórias* e “A morte de Ivan Ilitch”, de autoria do escritor russo Liev Tolstói (1828-1910). Através da análise de tal universo literário foi possível estabelecer diversas linhas de pensamento que levam o leitor a reavaliar o relacionamento clínico de forma mais atenta e humana, sobretudo.

PALAVRAS-CHAVE: Literatura, Medicina, Relação médico-paciente terminal, Morte

ABSTRACT:

This work aims to investigate experiences, though hypothetical, pertaining to the field of relations between doctor/patient, widening the comprehension towards how the aspiring doctor might become more prepared to establish contact with each patient's individuality. This study also aims to investigate the social implications of death, as it has been observed

¹Discente 6º período-Instituto de Letras e Linguística/FAMED – Faculdade de Medicina /Universidade Federal de Uberlândia; Endereço: Avenida João Naves de Ávila, 2121, Uberlândia, CEP.38400-902. E-mail: gabriela_ufu@yahoo.com.br

² Docente - Instituto de Letras e Linguística/Universidade Federal de Uberlândia; Endereço: Avenida João Naves de Ávila, 2121, Uberlândia, CEP.38400-902. E-mail: ribeiro.ivan@gmail.com

that the contact with the death of an individual ends in a series of reflections on mortality. The literary works chosen as *corpora* for this study were Erico Verissimo's *Time and the wind's The Portrait* and also *Behold the lilies of the valley*, and Live Tolstoi's *The devil and other stories* and "The death of Ivan Ilitch". By means of the analysis of such literary universe it was possible to establish some lines of thought which take the reader to (re)evaluate the clinical relationship in an attentive and most of all, human.

KEYWORDS: Literature, Medicine, Doctor – Terminal Patient relationship, death

INTRODUÇÃO

A literatura atua como um instrumento de percepção da realidade. A partir da leitura de determinada obra, o indivíduo entra em contato com determinado assunto e, a partir daí, inevitavelmente, inicia um processo de reflexão sobre aquilo o que está lendo. Ou seja, à medida que o sujeito interpreta determinado relato, adquire experiência sobre algo que poderia não ter recebido até aquele momento importância relevante.

Literatura e Medicina são consideradas ciências ainda distantes e imiscíveis, contudo, sendo o homem um ser complexo e dotado de racionalidade, é possível que ambas se tornem complementares à medida que experiências adquiridas em determinada área se tornar úteis para reflexões em outras esferas do conhecimento.

Partindo do princípio de que ler confere ao sujeito uma gama maior de experiências, é possível prever que o indivíduo que se propõe a estudar medicina, tendo o conhecimento de literatura, pode estar mais preparado para enfrentar a realidade. O contato a partir da literatura entre o profissional da saúde com situações em que há a relação médico-paciente permite uma revalorização do indivíduo, visto que o enfoque do personagem em obras de ficção envolve todo um contexto físico, psíquico e social que por vezes é subutilizado na prática médica real. Sendo assim, torna-se mais clara a necessidade de perceber a individualidade daquele que é tratado, propondo novas possíveis abordagens terapêuticas.

O sintoma é um instrumento fundamental para que se possa alcançar o diagnóstico. Entretanto, não se pode restringir todo o processo saúde-doença à presença ou ausência do conjunto sinais/sintomas. Toda a linguagem corporal e todo o envolvimento emocional do paciente devem ser considerados, daí a necessidade de trazer para a clínica a "metaforização" do ser humano. Já que é o conjunto simbólico quem dá à cabeça seu significado pleno, o sintoma, ao contrário, é simbólico no sentido de que ele tem um

significado, mas seu sentido é justamente a dessimbolização das virtualidades simbólicas e metafóricas das experiências corporais primárias. (LOYOLA, 2007, p.133)

A noção de linguagem e metaforização é, por consequência, um reflexo do mundo e, assim sendo, é preciso revalorizar os processos de escuta ativa em meio à prática médica, de maneira que os profissionais desenvolvam cada vez mais sua habilidade de ouvir o outro, melhorando assim sua capacidade de compreender também a si mesmo e o mundo ao redor. A metáfora é um recurso lingüístico que permite o estabelecimento de um raciocínio comparativo indireto, ou seja, sem o uso de conectivo. A escuta ativa é a metodologia utilizada a fim de humanizar o atendimento em saúde, a qual se utiliza das metáforas quando reconhece como valioso todo o conjunto de informações expresso pelo paciente. Extrapolando a investigação de rotina, o paciente é convidado a falar mais e, conseqüentemente, informações relevantes que poderiam ter sido descartadas pela metodologia tradicional, surgem e proporcionam uma terapêutica mais precisa e forte, sendo o ser tratado incluído no contexto, e não apenas visto como uma doença.

É também de interesse do presente estudo investigar a presença ou iminência da Morte e suas implicações sociais, tendo sido observado que o contato com a morte de outro indivíduo acaba por despertar reflexões sobre a mortalidade, condição própria do ser vivo. Não importa se desejada ou não, há que se aceitar que a morte continua sendo um ponto nebuloso e contraditório o qual, para alguns, traz paz e para outros martírios, para alguns representa descanso e sossego, enquanto outros temem a agitação eterna da alma. O fato é que para cada cultura a Morte traz uma significação, e as solenidades fúnebres, os ritos, os cultos e o cerimonial concorrem para tornar a morte ainda mais assustadora. (IMBASSAHY, 1981, p.16)

MATERIAL E MÉTODOS:

A metodologia utilizada para o desenvolvimento da Pesquisa “A Relação Médico-Paciente Terminal Compreendida Através da Conexão Entre a Literatura e a Medicina” teve como ponto de partida a leitura do material escolhido para constituir a Bibliografia do Projeto. Posteriormente, com o auxílio do orientador, outras fontes foram abordadas, tais como livros de Bioética, de Psiquiatria, de Literatura, além de artigos científicos de interesse, além da busca por vivências em hospitais e entrevistas com profissionais que lidam com pacientes portadores de patologias (doenças) em fase terminal. Foram planejadas reuniões periódicas

com o orientador de Pesquisa a fim de organizar didaticamente todas as informações coletadas, sendo feitas discussões sobre a evolução do trabalho.

DISCUSSÃO:

A forma como o homem interpreta as doenças que o acometem sofreu inúmeras modificações no curso da história. Por exemplo, com o desenvolvimento das sociedades e conseqüente produção técnica, a metodologia de análise das moléstias passou de crenças mágico-religiosas para um empirismo dotado de racionalismo e, posteriormente, para a ciência propriamente dita, constituída por suas técnicas e protocolos adotados como tipo ideal a ser seguido pelos estudiosos. A visão mágico-religiosa era característica das sociedades pré-históricas e da antiguidade clássica, de modo que estar doente podia significar ser vítima de algum feitiço, de um ataque de espíritos malignos, o desrespeito à ordem vigente, o castigo para a impureza ou apenas a vontade inexplicável das divindades. Essa interpretação de que a doença traz consigo uma justificativa mais profunda permaneceu no imaginário de muitos e permanece até hoje, sendo ilustrada no excerto a seguir da narrativa *O diabo*, de Tolstoi.

“- Meu médico dizia que nunca é possível definir a doença sem se conhecer o caráter do doente.” (TOLSTOI, 2000, p.131)

Já no Egito, China, Índia e Mesopotâmia, comunidades voltadas para a agricultura, comércio, pecuária e cerâmica, a ordem social se baseava nas práticas empíricas e, como resultado disso, a doença era cunhada de um conjunto simbólico muito mais objetivo e prático.

A sociedade grega conduziu a um importante avanço na área da medicina ocidental, principalmente pela influência exercida por Hipócrates e Galeno, que valorizavam a importância do ambiente sobre o indivíduo, o valor do trabalho, e preconizaram a base para o raciocínio referente aos humores corporais.

A época medieval, por sua vez, resgatou os conhecimentos greco-árabes na área da saúde, adaptando todas as informações ao objetivo central da vida na Terra, que deveria ser o aperfeiçoamento espiritual. Nesse momento histórico um importante impasse foi travado, de maneira que muitos avanços foram impedidos pela angústia de que novas descobertas pudessem abalar as bases da fé que, naquele contexto social, se materializava na instituição da

Igreja. O Renascimento que se seguiu trouxe de volta a busca pelo empirismo e pelo racionalismo através das críticas aos padrões sócio-políticos vigentes.

Durante o século dezenove, a humanidade passou a compreender melhor o conceito de doença, pensando em novas formas para combatê-la de um modo geral. Foi aí então que surgiram as profilaxias (métodos preventivos), e os novos estudos, que por sua vez permitiram que a ciência evoluísse com rapidez nunca antes contemplada. O século que se seguiu (XX) deu início a uma nova corrente de pensamento, a qual passava a valorizar a saúde em detrimento do dano fisiológico propriamente dito, era a visão do todo em detrimento da parte, surgindo então a necessidade de que o Estado assegurasse a todos, ao menos em teoria, o direito à assistência médica.

A medicalização teve assim seu início e, a partir daí, o médico passou a ter um papel essencial em sua relação com a sociedade, mesmo em processos básicos, tais como a entrada na escola, o serviço militar, viagens e até mesmo no processo de escolha profissional. Da mesma forma como no caso da vacinação obrigatória, o Estado tomou definitivamente para si o direito de intervir na liberdade privada em prol da saúde pública. A prática da Medicina está atrelada não somente à cura das enfermidades e condições fisiologicamente explicáveis, mas também à promoção de saúde e qualidade de vida para todos enquanto pacientes. Tal perspectiva fica evidente em *O Retrato I*, quando Rodrigo, um médico recém formado, se refere ao diploma como o menos importante, reverberando a idéia de que a Medicina por si mesma de nada vale, adquirindo valor apenas quando pode promover benefícios reais à sociedade, sendo aplicada na prática.

“– Pensei que querias o título só pra bonito.

– Mas o título é o de menos, homem. O que importa é o que está aqui dentro- disse Rodrigo com veemência, batendo na própria testa com a ponta do indicador. – O que vale é o que agente sabe e o uso que se pode fazer do que aprendeu.”

(VERISSIMO, 1995, p.76)

Um grande entrave vivido pelos serviços de saúde da atualidade é a questão da desigualdade social. Inegavelmente, as elites econômicas se beneficiam mais dos avanços tecnológicos da medicina, de modo que se elucidam então um problema global de manejo dos recursos financeiros públicos. Trata-se, portanto, de um problema de natureza essencialmente política. Entretanto, os contrastes na distribuição social da renda não são exclusividade da modernidade, sendo que a Literatura revela através de seu processo de reconstrução do passado uma antiga estrutura para problemas que ainda persistem, mesmo na modernidade. A

exemplo disso, na obra *Olhai os Lírios do campo*, o narrador, em meio a um fluxo de consciência (monólogo interior), reflete sobre a transformação no modo como Eugênio (médico ainda inexperiente) vê seu ofício após ter contato com a prática, ou seja, após perceber as dificuldades reais que separam os pacientes em classes distintas.

“Agora, porém, tudo era diferente. Ele principiava a ser um médico de verdade, estava diante da vida, atendia a seus clientes com toda solicitude e às vezes tinha de esforçar-se para ser delicado e não se encolher diante de criaturas que pelo aspecto físico ou pela natureza de seus males lhe inspiravam repugnância ou mal-estar. (...) Vivía em contato com a miséria humana, entrava na intimidade de seus clientes, era convidado a dar opiniões e conselhos em torno de assuntos que muitas vezes escapavam às atribuições e mesmo aos conhecimentos dum simples médico. Caía de surpresa em surpresa.” (VERISSIMO, 1995, p.246)

Com toda a transformação trazida pela modernização e avanços científicos, novamente a medicina adquiriu novos poderes, se infiltrou no imaginário público, e fez uso da estética a fim de concretizar seu novo domínio. É imprescindível trazer à tona, contudo, que, mesmo os médicos sabendo agora quantitativa e qualitativamente mais do que antigamente e, assim sendo, adquirindo muito mais poder sobre a vida e o destino de seus pacientes, a participação dos sujeitos em tratamento e de seus familiares na escolha de procedimentos em geral é cada vez mais indispensável. Concretiza-se agora a necessidade de um diálogo eficaz entre médico-paciente, o estabelecimento de uma relação verdadeiramente bilateral em que não há sensação de superioridade de uma parte em relação à outra, mas sim um sentimento de mútuo respeito e cooperação a fim de alcançar um objetivo comum: a cura. O profissional precisa tomar decisões desde que o paciente, tendo preservada a sua autonomia, esteja de acordo e, para isso, é preciso que ambas as partes consigam interagir livremente e conjuntamente.

“O aumento do poder-saber dos médicos suscitou a inquietação ao mesmo tempo na corporação e no público, e alimentou a exigência que o indivíduo participe mais nas decisões que lhe dizem respeito”. (CORBIN, 2008, p.80)

A Medicina tem como objetivo construir prognósticos (previsões da qualidade de vida do paciente) a partir da detecção de sinais e sintomas diversos a partir da prática clínica. Ou seja, as síndromes, sendo conjuntos de signos clínicos, começam a ser desvendadas no momento do relato do doente, sendo cada palavra preciosa durante o processo investigativo.

Entretanto, muitas vezes a linguagem não é utilizada em sua plenitude pelo profissional da saúde, que geralmente busca resumir os fatos e restringir o diálogo a fim de facilitar sua tarefa. Dessa forma, o uso de metáforas seria considerado uma inutilidade, um verdadeiro “ruído” na comunicação médico-paciente por não despertar um saber específico naquele exato momento. Daí percebe-se o objetivismo extremista da prática médica, que entende o subjetivo como desnecessário, instável e confuso. Há uma grande preocupação com o descritivismo, uma hipervalorização do visível, um deslocamento do objetivo central: não se quer promover a saúde do indivíduo, mas sim curar a doença. A ânsia pela cura imediata, tão freqüente no ideal do profissional da saúde, vai de encontro com o princípio do tratamento, posto que toda terapêutica está fundamentada em um processo, fato que exige tempo para percepção da evolução do quadro. Tal sentimento é exemplificado na obra *Olhai os Lírios do campo*, em que o narrador explicita o drama do médico Eugênio diante das suas limitações.

“Eugênio se sentia pequeno diante do drama numeroso da vida. Tomava por ele interesse médico e ao mesmo tempo humano. Como homem sentia desejos de compreender, de ser útil ao próximo, de confortar, de ajudar. Como médico queria dar o remédio que cura ou pelo menos alivia. Na maioria das vezes, porém, ficava impotente, de braços cruzados diante duma encruzilhada de onde partiam mil caminhos. Qual deles tomar?” (VERISSIMO, 1995, p. 247)

Além da falta da metaforização na clínica, ou seja, da falta de iniciativa em buscar o aprofundamento quanto ao significado do quadro clínico para o paciente, percebe-se também o esquecimento da enunciação do fato e as dúvidas do próprio doente. Assim sendo, muitas das vezes o indivíduo não consegue entender a realidade daquilo o que lhe é exposto, sofrendo ainda mais com suas dúvidas e conflitos interiores quanto à gravidade da moléstia que lhe aflige.

“Há, portanto, uma desqualificação do próprio sujeito, um desconhecimento daquilo que nele se faz de mais humano e *páthico*. Trata-se, na medicina, de salvar e consertar o corpo-máquina.” (LOYOLA, 2007, p.123)

A verbalização vai além da simples manifestação das funções cerebrais, trata-se da concretização do projeto de vida e de suas representações. O corpo é, na verdade, um corpo simbolizado, que está atrelado à linguagem. A medicina não pode relevar a importância da

linguagem, posto que a mesma é parte da cultura em geral, sendo que todos os serviços, incluindo os de saúde, dependem do modo de vida de cada grupo para funcionar.

Para que o paciente deixe de ser visto como um objeto patológico para se tornar o sujeito ao redor do qual surgirão inúmeras possibilidades diagnósticas, é essencial que haja na clínica a capacidade de o médico ouvir aquele que traz consigo a angústia de carregar intimamente a história de uma moléstia. É interessante refletir sobre a vastidão proporcionada pela habilidade da “escuta ativa”. Enquanto aquilo o que se pode ver está limitado às três dimensões, e por isso representa o espaço, aquilo o que se pode ouvir não apresenta limitações de cunho espacial, proporcionando o dimensionamento temporal. O ver e o ouvir se tornam aliados complementares na prática clínica, sendo que o profissional pode ver a doença, mas não pode deixar de ouvir o doente em hipótese alguma.

O cerne de um caso clínico não está na sua veracidade, mas sim na possibilidade de permitir ao doente a construção de seu relato pessoal. Através dessa biografia, o paciente constrói a sua imagem particular da patologia em questão, imprimindo nessa tipificação traços de sua própria personalidade. Assim, é possível dissipar a sensação de que lhe estão sendo extraídas inúmeras informações, sendo implantado o sentimento de cooperação e trabalho em equipe.

Relações constituem o comportamento mais típico do ser humano. Há entre as interações interpessoais dois tipos constitutivos básicos: a relação horizontal e a vertical. O relacionamento horizontal segue uma linha de objetivação, enquanto na verticalização não há separações ou ausências, não se precisa recriar objetos a partir de símbolos, trata-se de uma forma de o sujeito recriar de certa forma a si mesmo, sendo a alternância desses dois tipos primários a essência pela qual o indivíduo constrói progressivamente sua identidade. Daí, a mente humana é a sede e a causa para onde confluem os complexos problemas inerentes da existência.

“Nossa tendência- achava Rodrigo- é imaginar que as personalidades são geométricas, e assim costumamos vê-las como cubos, cones, cilindros ou esferas. Mas o diabo é que as pessoas psicologicamente podem ser poliédricas.”
(VERISSIMO: 1995, p. 321)

É inegável que a prática clínica tenha sido submetida a diversas mudanças ao longo da modernização dos métodos diagnósticos, contudo, nem sempre essas transições trazem efeitos benéficos. É perceptível que técnicas que envolvam o toque e a conversa, tais como o método palpatório e auscultatório, além da anamnese (que é a construção da história

clínica do paciente) detalhista estejam perdendo cada dia mais seu lugar para exames mais específicos e impessoais, assim como testes de dosagem enzimática. A questão não deveria ser substituir uma técnica por outra, mas o bom médico deve ser capaz de tornar aliadas a prática de investigação (mais antiga) e as técnicas comprobatórias complementares trazidas pela modernidade. A lógica da construção da anamnese estabelece a clínica como uma verdadeira arte investigativa que funde dados colhidos pelo relato do próprio sujeito e informações adquiridas pela análise do médico sobre o paciente. No papel, a história da moléstia se desenvolve seguindo o fluxo: identificação do paciente, a queixa principal (que deve ser concisa, clara, localizada no tempo, trazer palavras do paciente e não conter conteúdo vulgar), história da moléstia atual, antecedentes pessoais e hábitos, antecedentes familiares, revisão de sistemas, ectoscopia, que é aquilo o que se pode perceber ao exame da aparência do paciente, e exame físico.

“- Pensa em todas essas maravilhas do engenho humano: o telefone, o telégrafo, a luz elétrica, o navio a vapor, a estrada de ferro, o microscópio, o automóvel, o aeroplano. Não te esqueças também dos milagres da Medicina. Enquanto estamos aqui conversando fiado, em várias partes do mundo, nesta mesma hora, homens encurvados sobre seus microscópios e suas mesas de trabalho descobrem drogas que hão de salvar milhares de vidas ou inventam coisas que contribuirão para tornar nossa existência mais fácil, mais confortável e mais bela. Não, Bio, a vida é mais do que dormir, comer, amar, ganhar dinheiro...” (VERISSIMO: 1995, p.175)

Não somente a metodologia médica passou por transformações nas últimas décadas, mas também a população (transição demográfica) e a própria epidemiologia nacional e mundial. Enquanto no século XX havia predomínio de moléstias de cunho infeccioso, como a sífilis, tuberculose e a peste, a atualidade é marcada pelo traçado de doenças de evolução predominantemente crônica, tais como o diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, aterosclerose e suas conseqüentes complicações, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Tal fato se exemplifica, por exemplo, através do estudo patológico de artérias de grande calibre com aneurisma (dilatação localizada de vaso sanguíneo que acomete todas as camadas que o compõem). A artéria aorta, por exemplo, há algumas décadas atrás era principalmente acometida por aneurisma de etiologia (origem) sifilítica, enquanto na década corrente o estudo de tais peças se torna obsoleto, posto que a mesma artéria é agora acometida principalmente por aneurisma de etiologia aterosclerótica (em que se formam placas de gordura envoltas por capa fibrosa as quais prejudicam o funcionamento normal do segmento).

Muitas vezes a Literatura se apresenta como única maneira pela qual realidades mais distantes, abstratas e indecifráveis podem ser expressas chegando, às vezes, a estabelecer uma relação com a psicanálise.

“(...) Depois que agente lê certos livros, os horizontes de espírito se alargam.”
(VERISSIMO: 1995, p.175)

Estar vivo é um dos aspectos sobre os quais não se pode saber, mas puramente sentir, trata-se de uma dualidade entre objetivo e subjetivo. O verossímil concerne apenas ao palpável, mas o “teatro da vida” tem atores que transformam sua identidade dia após dia.

Quero dizer enfim que nossa identidade é a própria dualidade, apreendida como identidade, de saber e sentir, de figura e fundo, de verossímil e inverossímil, de idêntico e diferente, bem como de mente e corpo. (FERRARI, 1995, p.16)

O homem-médico precisa dos conhecimentos anatômicos e científicos, isso é inegável. O que é inadmissível, todavia, é que o mesmo aceite apenas o saber metodológico como verdade aceitável, pois sendo o paciente um homem comum, a ausência da busca pela compreensão de sua queixa em termos simplórios seria, na verdade, desqualificar seu sofrimento e desvalorizá-lo enquanto semelhante.

Morrer é consequência do ser, é parte da realidade da matéria, visto que tudo o que existe concretamente faz parte de um ciclo de “reciclagem” molecular que permite que, partindo do fim daquilo o que era, algo novo possa vir a ser. O termo Morte é originário do latim "*mors, mortis*", de "*mori*" (morrer), e representa a finitude da vida. No sentido jurídico, a morte não é simplesmente o término da existência terrena do indivíduo, mas a situação em que o homem é classificado enquanto desprovido de existência material. A lei não determina, todavia, critérios para caracterizar a morte, o que faz com que tal questão permaneça não totalmente esclarecida, cabendo à medicina resolvê-la. É concernente ao médico o dever de determinar o momento da morte, que é o que possui relevância jurídica.

O morrer é um processo que se prolonga no tempo, sendo preciso atribuir-lhe um momento, uma marcação temporal, visto que o Direito considera esse momento como aquele em que finda a vida de uma pessoa enquanto ente jurídico, terminando ali seus direitos e obrigações. É então que se elabora o atestado de óbito.

Em psicanálise, podemos observar que o indivíduo de hoje é tão inapto para lidar com sua própria morte quanto o homem de séculos atrás. Preparar-se para a Morte geralmente implica no inconsciente o preparar-se para a morte do outro, para a dor de perder um ente próximo, mas não necessariamente o estar pronto para enfrentar o desconhecido, o enigma de perder as forças vitais.

Nosso inconsciente é tão inacessível à representação da nossa morte, tão ávido de assassinato do outro, tão dividido (ambivalente) em relação à pessoa amada quanto era o homem dos tempos originários.

No inconsciente, a morte seria sempre a morte do outro, destruição ou perda provocada, e nós não teríamos acesso a um pressentimento de nossa própria mortalidade. (LAPLANCHE, 1985, p.14)

O paciente portador de doença terminal pode reagir de várias formas à morte iminente. Algumas reações possíveis são a raiva, de modo que o paciente já assimilou seu diagnóstico e prognóstico (expectativa da vida que ainda lhe resta), mas se revolta por ter sido escolhido para “condenação”. Esse tipo de reação geralmente vem acompanhado da tentativa de encontrar um “culpado” por sua desgraça. Geralmente o doente se mostra muito queixoso e exigente, reclama continuamente por atenção. Outra postura é a de negociação, na tentativa de prolongar de algum modo o prazo de sua morte, seja através de promessas ou orações. A pessoa já aceita o fato, embora tente exaustivamente adiá-lo. No caso da depressão, o paciente aceita o fim próximo, realiza uma reavaliação do que fez durante sua vida, mostrando-se apático e reflexivo. Quando há a aceitação, a pessoa simplesmente aguarda a evolução natural de sua doença. Pode haver alguma esperança de sobrevivência, mas não há angústia ou ansiedade, mas sim paz.

No conto *A Ponte*, Mário Meira Moura muda toda a sua perspectiva sobre a vida a partir da descoberta de um tumor, o qual por ele é chamado de flor maligna. Grande parte das doenças é inesperada, e por estar desconectada com o ritmo de vida normal de determinado indivíduo, causa uma espécie de choque de realidade no mesmo, levando-o a refletir sobre diversas questões morais que envolvem a si mesmo e o sentido da vida em geral. Em certo momento, o narrador escreve que “Sim, morrer talvez fosse nascer às avessas. Voltar”. Com isso, o próprio leitor é convidado a pensar sobre sua própria condição de maneira que a ponte, intermediária entre um ponto de partida e outro de chegada, desperta a curiosidade sobre o que há além da matéria em si, sem que isso se refira necessariamente à espiritualidade.

Para algumas pessoas, morrer é a tipificação da paz, a solução de todos os problemas através da crença de que a falência física não é o fim, mas a passagem para o que, apesar de desconhecido, crêem piamente existir.

“Cruzarei a ponte.” “Podiam vir. Estava pronto. Nada, nada mais importava. Fosse como fosse ele voltaria. Para onde? Para onde? Para o quarto? Para casa?”
(VERISSIMO: 1972, p.318, 358)

No decorrer da História, a imagem da Morte mudou no imaginário humano. A ciência promove uma gradual desmitologização do morrer, e sendo assim, mudou também a experiência da morte na vida das sociedades modernas. Morrer tornou-se parte de uma movimentação econômica, o morto agora já não é mais total responsabilidade da família, mas um indivíduo “anônimo” o qual passa por um serviço pago pelos familiares. A possibilidade de manter vida vegetativa através de aparelhos trouxe uma aproximação do homem em relação à máquina, pois a partir daí pôde-se perceber que, em determinados pontos de vista, a vida não é entendida como o conjunto das plenas capacidades mentais e físicas, mas como a possível manutenção do funcionamento de determinados órgãos “nobres”, garantindo a adequada ventilação e perfusão dos sistemas.

É indispensável também pensar na idéia da responsabilidade daquele cuja função inclui o traçar prognósticos. Uma previsão médica acarreta inúmeras modificações na vida do paciente, o qual tem o curso de sua vida, até então tida como normal, interrompida. Nesse momento, todos os detalhes, incluindo o tom de voz, a gesticulação e a relação da qual a figura de autoridade (médico) faz uso provocam um impacto imenso sobre a reação primária do interlocutor (paciente), aí figura submetida à extrema vulnerabilidade.

Hoje, existe uma ala na Medicina Tradicional que se destina justamente à tentativa de garantir ao paciente terminal a melhor qualidade de vida possível, é a Medicina Paliativa. Ao médico cabe como papel curar, mas sendo isso impossível, torna-se seu dever buscar o alívio e, não havendo possibilidade de aliviar, cumpre a tal ofício consolar. O desenvolvimento tecnológico pelo qual a comunidade científica vem passando ao longo das últimas décadas permitiu um avanço desproporcional da técnica e da aquisição de conhecimento prático-teórico em detrimento da humanização da Medicina. Assim, a busca pela cura tem predominado cada vez mais sobre os papéis do médico de aliviar e consolar. Entretanto, todos os esforços esbarram em limitações que culminam com inúmeras doenças ainda sem cura e, nessas situações, é preciso lembrar que o paciente tem direito a pleitear

sempre pelo alívio da dor, por uma boa qualidade de vida e, em último caso, por uma melhor qualidade de morte.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, Cuidados Paliativos são aqueles que consistem na assistência ativa e integral aos pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, sendo o principal objetivo a garantia da melhor qualidade de vida, tanto para o paciente como para seus respectivos familiares.

Os tratamentos alternativos (que nesse sentido incluem métodos populares como benzedeiros, crenças em práticas milagrosas, uso de ervas em chás e massagens) devem ser considerados, já que seu uso é extremamente recorrente nas mais diversas sociedades. A razão para que tais métodos sejam tão utilizados é o fato de que para eles nada parece ser absoluto ou impossível, e dessa forma algo aparentemente imutável (incurável) adquire a possibilidade de atingir o objetivo fundamental do indivíduo doente: a cura.

As alternativas curativas predominantes em determinada sociedade dependem de fatores como média de renda, nível de escolaridade, além de variáveis regionais. É verdade que não se pode desvalorizar em hipótese alguma o direito de cada pessoa de acreditar em verdades as quais extrapolam a ciência. Todavia, a partir do momento em que determinadas práticas não só não conseguem exercer qualquer efeito benéfico, mas, ao contrário, promovem malefícios ao indivíduo em tratamento, é necessário que haja um esclarecimento e intervenção a fim de interrompê-las.

Apesar da necessidade de se refletir sobre a viabilidade e aplicabilidade de alguns métodos de tratamentos alternativos, muitas vezes os mesmos exercem benefícios, principalmente psicológicos e psicossomáticos, sendo interessante a associação entre tratamentos tradicionais com a prática extra-hospitalar. A importância da mente no processo de evolução/regressão de determinada moléstia já está comprovada. Por isso, diante de quadros em que não há como mudar a história natural da doença, indicar terapias alternativas pode ajudar a controlar a depressão e a desmotivação já que, ainda que biologicamente inócuas (sem efeito bioquímico), dão ao ser tratado a sensação de que algo está sendo feito. É nesse princípio que se baseia o efeito placebo, em que uma substância incapaz de promover efeitos é administrada a um indivíduo que acredita estar recebendo medicação ativa, havendo de fato efeitos positivos desencadeados psicologicamente.

A Literatura de Erico Veríssimo tem a característica de retratar e de delinear o ambiente em que os personagens estão inseridos. Desse modo, há toda uma representação da sociedade da época em questão, sendo que aspectos como hábitos e costumes corriqueiros são também descritos. É possível inferir, portanto, que Veríssimo de fato percebe o impacto

exercido pelo ambiente sobre o sujeito nele submerso, sem o indivíduo ser necessariamente definido pela sociedade/tempo/espço que o envolve, mas bem é verdade que a realidade física exerce influências sobre o julgamento que cada um faz de si mesmo e do mundo a sua volta. Nesse sentido, o fato de a medicina alternativa aparecer com considerável freqüência nas obras literárias é um indicativo de que tais práticas inegavelmente possuem um valor social, não podendo, sob hipótese alguma, ser desconsideradas.

A morte tem papel de destaque na história da humanidade. Nas mais diversas sociedades, a experiência da mortalidade teve papel central, em cada cultura o modo como proceder com os cadáveres teve e continua tendo destacada significância, não se tratando apenas de manter um ambiente limpo, longe de corpos em putrefação, mas há também a questão dos ritos e crenças que estão atrelados aos ritos fúnebres. A visão da morte ao longo dos séculos, e a construção da sua própria identidade no ambiente coletivo constituem elementos fundamentais para a formação de uma tradição cultural comum, estabelecendo uma referência para a manutenção das características de determinada comunidade.

Já em épocas bem remotas os enterros eram realizados, conferindo-se infinitos cuidados através de cerimônias, adereços e arte, reservados à honra dos mortos. (GADAMER, 2006, p.69)

Apesar das inúmeras diferenças entre os cortejos fúnebres das mais diversas comunidades, uma característica todas elas apresentam em comum: todo ritual fúnebre se trata de uma forma de negar a não mais existência daquele que se foi, o que retrata a incompreensibilidade do homem frente à sua condição de finitude. Todo indivíduo apresenta certo grau, ainda que inconsciente, de medo em relação à iminência do não mais existir. O ser humano mescla sentimentos e sensações que representam, ao mesmo tempo, um desejo de negar e de conhecer a morte.

Os povos mesopotâmios seguiam o costume de enterrar os corpos dos mortos da maneira mais cuidadosa possível, sendo o cadáver meticulosamente acompanhado de marcas da sua identidade pessoal e familiar, como os seus pertences, objetos de uso particular, vestimentas e até mesmo das suas comidas prediletas. Em tal cultura, era imprescindível garantir que nada faltasse na “travessia”, sendo o espaço do túmulo um local sagrado que refletia a importância social do indivíduo e de sua família. Já na sociedade hindu, a tradição seguia a prática da incineração crematória, dessa forma o cadáver não era conservado com as suas marcas de identidade, personalidade e inserção social, mas sendo completamente

consumido pelo fogo e destruído até que se transformasse em cinzas, que posteriormente eram lançadas ao vento ou nas águas correntes, o indivíduo era privado de todos os seus traços de identificação. É como se o fogo representasse o fim integral da existência do homem, e a partir daquele momento aquele que morre deixa para trás todos os seus pecados, culpa e sofrimento, tendo agora o caminho livre para acessar a paz absoluta e o eterno, já que os hindus não buscavam a permanência nesse mundo.

Em outra sociedade tradicional, a grega, os antigos praticavam o procedimento cultural de incineração com um sentido distinto da cremação feita pelos hindus. No caso dos gregos, as cinzas não eram lançadas ao anonimato dos ventos e rios, mas sim cuidadosamente preservadas em memória dos mortos. O ato de queimar o corpo, portanto, representava a passagem para aquilo o que é eterno e sagrado, contudo a memória do indivíduo em sua passagem pela Terra era mantida entre os vivos.

Existe algo como uma profunda relação entre saber e morte, o saber acerca da própria finitude, quer dizer, da certeza de que um dia vamos morrer, e, por outro lado, o impetuoso e urgente não-querer-saber desse tipo de consciência. (GADAMER, 2006, p.69)

A repressão da morte, portanto, é a vontade de viver que se manifesta. O mundo moderno busca com veemência negar a condição de mortais, há uma forte tendência repressora que tenta fazer com que a experiência com a morte se torne algo cada vez mais distante, marginalizada até. Entretanto, é notável também a crescente corrente de valorização dos valores espirituais, que visualizam a morte não como fim, mas como uma passagem para algo maior. A revalorização do espiritual é algo de grande relevância na atualidade.

A morte corporal é de difícil identificação, o cadáver traz consigo algumas características que o definem como tal, tais como o pergaminhamento do derma (pele seca, dura e amarelada), e a parada prolongada do sistema circulatório, o que provoca a compressão de vasos causando o aparecimento de manchas características. Além disso, a fronte se apresenta enrugada e árida, os olhos ficam fundos, as têmporas adquirem aspecto deprimido, côncavo e rugoso, os lábios ficam pendentes. As vibrissas (pêlos) e cílios ficam esbranquiçados, como se cobertos por uma poeira fúnebre, e são esses detalhes, somados a muitos outros, que tiram de um indivíduo o aspecto da vida, tornando-o fúnebre, cinzento e rígido.

Se definir a Morte já é difícil, encará-la como parte natural da vida é algo ainda mais complicado. Essa sensação de incompreensão é vivida pelo protagonista da narrativa *A Morte de Ivan Ilitch*, de Tolstoi.

“Ivan Ilitch via que estava se finando e o desespero não o largava. No fundo da alma, sabia bem que ia morrendo, mas não só não se acostumava com a idéia, como não a compreendia mesmo- uma absoluta incapacidade de compreendê-la.

O exemplo do silogismo que aprendera no compendia de lógica de Kiesewetter- ‘Caio é um homem, os homens são mortais, logo Caio é mortal’- sempre lhe parecera exato em relação a Caio, jamais em relação a ele. Que Caio, o homem abstrato fosse mortal, era perfeitamente certo; ele, porém, não era Caio, não era um homem abstrato, era um ser completa e absolutamente distinto de todos os demais.” (TOLSTOI: 1998, p.47)

As sociedades desenvolveram inúmeros rituais fúnebres os quais tentam aliviar a dor da perda do próximo e, ao mesmo tempo, dar a sensação de que o mistério estaria sendo revelado.

As solenidades fúnebres, os ritos, os cultos, o cerimonial concorrem para tornar a morte ainda mais assustadora. (IMBASSAHY, 1981, p.16)

Além do enigma que gira em torno da morte, o conjunto de ritos e costumes tornou tal processo ainda mais cheio de sombra e tristeza. Por exemplo, o luto e o proceder fúnebre em geral pintam a figura da morte como algo horripilante, uma figura verdadeiramente pavorosa, como um monstro esquelético envolvido por uma capa negra, segurando com a destra uma foice inflexível. As pessoas crescem aprendendo a temê-la.

A temática da mortalidade provoca uma reflexão, para muitos desconfortável, sobre o sentido da vida e da posse de bens materiais, lembrando a todos que, independentemente do padrão de vida que levam e de suas posses e poder, todos, indistintamente, serão “iguais” no fim.

“- Ricos, pobres e remediados, doutores, deputados e caixeiros de loja, todos acabam aqui. Para uns, caixões de madeira de lei com fechos e alças de metal. Para outros, caixões ordinários de pinho cobertos de fazenda barata. Mas no fim dá no mesmo. Todos vão pra debaixo da terra. E apodrecem!” (VERISSIMO: 1995, p.38)

Os benefícios trazidos pela posse de bens materiais cessam quando há um desejo desenfreado pelo Ter, que se sobrepuja ao Ser. Possuir passou a ser sinônimo de felicidade efetiva, sendo que artefatos e produtos iludem como se proporcionassem a salvação do homem, representando bem estar e êxito. Sob essa visão, os bens de consumo se tornaram objetos mitificados, personalizados, tendo adquirido atributos da condição humana. Tal aspecto é discutido pelas obras *Olhai os Lírios do campo*, de Erico Veríssimo, e no conto *A História de um cavalo*, de Liev Tolstoi, nos excertos que se seguem.

“Estive pensando muito na fúria cega com que os homens se atiram à caça do dinheiro. É essa a causa principal dos dramas, das injustiças, da incompreensão da nossa época. Eles esquecem o que tem de mais humano e sacrificam o que a vida lhes oferece de melhor: as relações de criatura para criatura. De que adianta construir arranha-céus se não há mais almas humanas para morar neles?” (VERISSIMO: 1995, p.154)

“Era o seguinte: os homens não orientam suas vidas por atos, mas por palavras. Eles não gostam tanto da possibilidade de fazer ou não fazer alguma coisa quanto da possibilidade de falar de diferentes objetos utilizando-se de palavras que convencionam entre si. Dessas, as que mais consideram são ‘meu’ e ‘minha’, que aplicam a várias coisas, seres e objetos, inclusive à terra, às pessoas e os cavalos. Convencionaram entre si que, para cada coisa, apenas um deles diria ‘meu’. E aquele que diz ‘meu’ para o maior número de coisas é considerado o mais feliz, segundo esse jogo. Para quê isso não sei, mas é assim.” (TOLSTOI: 2000, p.75)

Para o médico e o estudante de Medicina, não somente a Morte, mas também o contato com o paciente terminal e o sofrimento profuso despertam reações múltiplas de defesa que habitualmente se manifestam de modo combinado umas com as outras, tais como projeção, negação, formação reativa e identificação excessiva. Para que o profissional da saúde consiga exercer em plenas capacidades sua função, o ideal é que o mesmo consiga manter uma conduta de moderação, ou seja, o médico deve identificar-se parcialmente com o paciente mantendo sua subjetividade e humanidade, contudo não deve haver perda da objetividade científica, podendo o tratamento ser mantido com a eficácia esperada para cada conduta.

Muitos médicos se tornam menos amistosos e mais frios quando há piora da situação de seus pacientes, sendo suas visitas cada vez mais rápidas e curtas, seguindo-se um

nítido afastamento progressivo. Isso é péssimo para o paciente terminal, visto que este, mais do que qualquer outro indivíduo em tratamento, necessita da oportunidade de manifestar suas ansiedades e fantasias. Dessa forma, a oportunidade de se despedir dos familiares e amigos, de acertar problemas de ordem afetiva e cumprir tarefas pessoais traz a sensação de alívio, tranquilidade e libertação. Sob determinado aspecto, a morte iminente conduz o indivíduo à regressão emocional, sendo que o mesmo começa a manifestar abertamente um modelo de resposta emocional infantilizada que serve como um escudo protetor frente à perspectiva de extinção. Tal realidade é apresentada por Tolstói em *A Morte de Ivan Ilitch* excerto abaixo:

“Três dias de sofrimentos terríveis e depois... a morte. Mas isso pode acontecer também comigo, a qualquer momento, agora, pensou, deixando-se dominar pelo terror. Logo, porém, sem que percebesse sequer, foi socorrido pelo pensamento comuníssimo de que tudo aquilo sucede a Ivan Ilitch e não a ele, de que aquilo não devia, nem podia acontecer-lhe, que pensando em tais coisas entregava-se a idéias fúnebres, o que era preciso evitar. Com esse raciocínio, tranquilizou-se e indagou com interesse os pormenores da morte de Ivan Ilitch, como se a morte fosse algo que não pudesse atingir senão a Ivan Ilitch e nada absolutamente tivesse a ver com ele.” (TOLSTOI,1998, p.12-13)

Apesar de todo o medo e das incertezas que a Morte desperta no paciente terminal, ela também pode significar a possibilidade de reencontrar pessoas perdidas, possibilitando a elaboração de um mundo desaparecido previamente, restabelecendo laços anteriormente desfeitos. A crença em uma continuidade a partir da descoberta de uma nova realidade e um novo mundo é capaz de amenizar o fato biológico da cessação da vida. Trata-se de um mecanismo de negação até então aceitável e reverberado pela tradição religiosa, contudo, a negação extrema está em continuidade com a atitude maníaca, que chega a despertar no paciente em questão a sensação de júbilo e prazer, sendo que a morte então deixa de ser um desastre ou algo natural para se transformar em um verdadeiro triunfo.

Embora definir o limite entre a vida e a morte seja extremamente trabalhoso e dúbio no imaginário humano, segundo os protocolos seguidos pela medicina e determinados em lei há uma separação clara entre ambas as condições. Legalmente, a morte se apresenta assim que são apresentadas conseqüências concretas da ausência de qualquer mecanismo de reanimação, sendo que mesmo as tecnologias de suporte de vida avançado já não conseguem surtir efeito na reversão do quadro do paciente. A dualidade entre a precisão e a

multiplicidade de significados de vida e morte é retratada na narrativa “A Ponte” em seu clímax, quando Mário Meira Moura, o protagonista, morre.

“O comboio saiu do túnel para a manhã luminosa.

Mário perguntou ao chefe de trem:

-Que horas são?"

O homem tirou do bolso o relógio de platina e olhou o mostrador:

- *Son las cinco de La tarde.*

-Por que estamos tão atrasados?

-Porque levamos no trem o cadáver de um toureiro.

-Ah!

-Um touro rasgou-lhe o estômago com as aspas.

Mário olhou para fora. Reconhecia as paisagens da infância.

-Que é isso no peito?- perguntou o chefe de trem.

Mário abriu mais a camisa e disse:

-Uma tatuagem. Uma flor. É para a minha namorada que está me esperando do outro lado da ponte. ”(VERISSIMO: 1972, p.361)

A atribuição de significados metafóricos à morte no conto fica evidente, posto que a flor a que Mário se refere é na verdade o tumor no estômago que o conduziu à cirurgia e, conseqüentemente, à morte. A ponte no presente contexto também não é utilizada visando sua significação denotativa, mas sim para ilustrar no imaginário do leitor o momento de transição entre dois mundos (o mundo dos vivos e o dos mortos), o reencontro com eles e pessoas com as quais o contato no mundo real já não se fazia plausível. O paraíso pode, então, adquirir inúmeras representações dependendo dos anseios de cada indivíduo, por exemplo, para alguém que tem ótimas lembranças dos tempos de infância, estar no paraíso pode ter íntimas relações com o reviver de sensações e experiências já vividas no passado.

“De todos os lados brotavam vozes: ‘O Mário voltou! ’ As vozes espriavam-se pelo vale, subiam os cerros, o eco as repetia longe. ‘O Mário voltou... ou... ou... ou’ Mário sentia no corpo a força dum potro. Não se conteve: rompeu a correr.

Bebia o vento como quem bebe água. Avistou longe o vulto da mãe, negro e imóvel diante da casa. Ela o esperava. Nada tinha mudado.” (VERISSIMO: 1972,p.361;362)

A sensação de liberdade que a perspectiva subjetiva da literatura oferece em relação ao sair do plano material para o universo ilimitado do desconhecido é evidenciada

pela possibilidade de vencer as limitações temporais, e sendo vencidas as barreiras do tempo e espaço, a felicidade se torna mais acessível.

“Viu a ponte e estacou, temendo que Antônia não o estivesse esperando. Seu coração teve um súbito desfalecimento. Mas não! Lá estava ela parada do outro lado da ponte de pedra, o vento modelava-lhe as formas, soprava-lhe os cabelos, seu corpo dourado resplandecia. Pomona!

Mário abriu os braços e, correndo e sorrindo, cruzou a ponte.” (VERISSIMO:1972, p.362)

Ainda no conto *A Ponte*, a morte é relatada sob outro aspecto, o natural, ou seja, na verdade o que é abordado não é a morte em si como substância cuja existência é própria e independente daqueles a que acomete, mas sim o momento em que sinais vitais já não estão mais presentes. Mário Meira Moura (personagem do conto em questão) foi submetido a um procedimento cirúrgico de excisão do tumor maligno no estômago (provável adenocarcinoma gástrico, já que este é o mais freqüente no local acometido). A cirurgia trazia uma dupla possibilidade para o futuro de Mário: ele poderia evoluir da cirurgia para uma recuperação sem recidiva do quadro (sem que o tumor voltasse a aparecer), ou simplesmente não resistir e, assim sendo, partiria para um universo impenetrável para os homens a não ser pelo imaginário. Com isso, torna-se evidente o fato de que, apesar de o momento central e de maior destaque ser a perda da energia vital do paciente sob tratamento, é a cirurgia que se apresenta como a materialização de um ponto decisivo na vida do protagonista. Ou seja, é o indicativo de que, independentemente do que aconteça, o curso da história conhecida até o momento seria mudado de forma relevante.

“O relógio elétrico na parede da sala de operações marcava nove horas e vinte e cinco minutos. A intervenção estava terminada e agora o cirurgião e o clínico, despidos os aventais e as luvas, conversavam numa sala contínua à de operações.

-Acho que tudo correu perfeitamente bem- disse o primeiro. - Fiz a ressecção do tumor e a olho grosso não vi nenhum sinal de metástase. Acho que vamos botar nosso homem outra vez de pé.

Arreganhou mais os lábios e as presas de javali avançaram.

-Merecemos um cafezinho- sorriu Fonseca.

Foi exatamente nesse momento que uma enfermeira entrou intempestiva e, com um tremor de alarma na voz, disse-lhes que o anestesista os chamava com urgência. Os dois médicos precipitaram-se para a sala de operações.

O corpo do paciente estava rígido e imóvel sobre a mesa. Seu rosto havia tomado uma cor violácea.

-O que é que há? – perguntou Silva-Gonzaga

-Não posso compreender... - balbuciou o anestesista.

-Houve parada cardíaca...

O suor escorria-lhe pelas faces e havia uma torva expressão de medo em seus olhos.” (VERISSIMO: 1972, p.362, 363)

É importante ressaltar que mesmo os avanços tecnológicos e científicos na área médica não são capazes de garantir sucesso e recuperação total dos sujeitos em tratamento. A Medicina, apesar de ser uma ciência técnica e que deve seguir protocolos meticulosamente estabelecidos, não se trata de um saber exato, posto que administra inúmeras variáveis biológicas e as relaciona a outras tantas variações anatômicas incidentes entre indivíduos distintos. Nesse caso, apesar do sucesso em toda a retirada da massa tumoral no estômago de Mário, uma complicação imprevisível se instalou em decorrência do procedimento, e não da doença de base (câncer), a parada cardíaca. A parada cardíaca tem como definição a cessação súbita e inesperada dos batimentos da musculatura estriada cardíaca. O coração com sua capacidade contrátil reduzida perde o potencial de ejeção de sangue para o organismo, e os tecidos sistêmicos começam a sofrer os efeitos da falta de oxigênio de acordo com a demanda sanguínea e metabólica de cada sistema orgânico. O cérebro, por exemplo, centro essencial do organismo e representante do sistema nervoso, começa a morrer após cerca de três minutos em estado de privação de oxigênio. Contudo, nem sempre a parada cardíaca representa a morte do paciente, existem condutas para tentar reverter tal complicação.

“O cirurgião aproximou-se da mesa, encostou o ouvido no peito do operado, enquanto o clínico lhe segurava o pulso.

-Não ouço o coração.

-Não sinto o pulso.

Silva-Gonzaga olhou para o colega.

-Não há dúvida- disse. -Ele fez uma parada cardíaca. Vou abrir o tórax...

-Não há outra solução- murmurou Fonseca.

Sem tornar a vestir as luvas ou o avental, pois não havia mais tempo a perder, o cirurgião apanhou o bisturi e, sem hesitar, fez com ele um corte transversal à altura do mamilo esquerdo de Mário Meira Moura. ” (VERISSIMO: 1972, p.363)

Silva-Gonzaga e Fonseca, os médicos responsáveis pela operação de Mário seguem os procedimentos pré-estabelecidos em caso de parada cardíaca a fim de conseguir trazer o paciente de volta à estabilidade. Todos os recursos utilizados pelos médicos devem ser convenientes com o princípio da beneficência objetiva, que determina que, independente de desejada ou não, toda conduta médica apresenta a finalidade de gerar o benefício do sujeito tratado. Nesse caso, o benefício maior é a possibilidade de prolongar a vida e de atenuar o sofrimento, havendo um valor moral em tal atitude, que se difere da benemerência, que mantém relação com o merecimento do indivíduo que recebe ajuda.

“Depois, com outro golpe mais fundo, seccionou-lhe os músculos intercostais e pleura e, a seguir, com ambas as mãos, afastou as costelas.

Depois meteu a mão esquerda na cavidade, procurou o coração, segurou-o e começou a fazer massagens ritmadas, enquanto o anestesista procurava manter o fluxo de oxigênio através da cânula metida na traquéia do paciente.

Com as mãos trêmulas, Fonseca preparava uma injeção de adrenalina numa seringa de agulha longa.

–O coração não reage – disse Silva-Gonzaga, sem cessar a massagem.

Com a mão direita segurou a seringa que o colega lhe entregava, introduzindo-a também na cavidade e enfiou a agulha no músculo cardíaco e com o polegar empurrou lentamente o êmbolo.

Consultou com o olhar o anestesista. Este sacudiu negativamente a cabeça.

Silva-Gonzaga continuava a massagem cardíaca. A um canto da sala o Dr. Fonseca, lívido, limpava com o lenço o suor que lhe umedecia a testa.

O relógio marcava nove e quarenta e cinco quando Silva-Gonzaga largou o coração do operado.

–É inútil- murmurou. - Está morto.” (VERISSIMO: 1972, p.361, 362)

Na narrativa *Olhai os lírios do campo*, Erico Verissimo promove uma reflexão sobre os princípios e valores morais que conduziram o personagem Eugênio a escolher a profissão de médico. Na verdade, Eugênio é um artifício do narrador para explorar o conjunto médico, há o uso do recurso estilístico da metonímia, de modo que a parte (Eugênio, um médico) representa o todo (categoria de profissionais da medicina).

“Fora ainda lendo a história dos grandes benfeitores da humanidade que Eugênio decidira estudar medicina. Havia, entretanto, outra razão mais poderosa que essa. Desde menino vivia impressionado com o sofrimento do pai e com a figura do Dr.Seixas, um médico que se sacrificava pelos pobres, que era ele mesmo um pobre,

pois aos quarenta e vários anos não tinha automóvel, não possuía um tostão de seu, vivia crivado de dívidas e atormentado por compromissos de dinheiro que vinham dos tempos de estudante.”(VERISSIMO:1966, p.41,42)

O Dr. Seixas é outro personagem que aparece na narrativa em análise. Sua postura é a tipificação do médico-sacerdote, que exerce a prática médica com uma perspectiva filosófica e visionária. Para ele, ser médico não se limita à capacidade de curar, mas se estende para a prática de cuidar do próximo sem esperar recompensa material.

“O Dr. Seixas não tinha inventado nenhum soro, nem descoberto qualquer micróbio, mas era à sua maneira um benfeitor da humanidade. Havia uma grande e dramática beleza na sua vida de renúncia. Ficava furioso quando algum dos clientes pobres lhe falava em dinheiro, ficava agressivo quando alguém lhe queria testemunhar gratidão.” (VERISSIMO: 1966, p.41,42)

Eugênio é a representação do indivíduo esférico, que transforma sua maneira de compreender a si mesmo, a sua profissão e o mundo a sua volta ao longo do tempo. No início, sua escolha profissional se espelhava na filosofia de buscar a mudança do mundo de forma humana que contemplava na postura daquele que lhe servia de modelo, o Dr. Seixas. Todavia, as vivências e experiências que o colocaram em contato com as injustiças e a realidade promovera uma mudança de pensamento e atitude, levando-o a encarar a medicina como uma profissão qualquer que visa um retorno material e que tenta ao máximo a criação de vínculos emocionais com aqueles que, agora, deixam de ser pacientes para ser meros clientes.

“Eugênio admirava-o. Queria ser médico para seguir os passos do Dr. Seixas e para curar o Pai. Pelo menos assim pensava nos tempos dos preparatórios.

Mas hoje... Agora via o mundo com outros olhos. A função de repórter pusera-o em contato com a verdadeira miséria. A pobreza de sua gente chegava a ser riqueza, comparada com a indigência que ele agora conhecia. Como lhe era difícil aproximar-se daquelas casinhas fétidas, daquela gente repugnante! Olhava de longe, anotava, fazia perguntas apressadas e depois sua fantasia completava a reportagem. Mas quando um médico que se quisesse dedicar aos pobres seria obrigado a botar o dedo naquelas feridas, respirar longamente o ar viciado daquelas casas, sentir na cara o ar pestilencial daquela gente. Eugênio não já não via mais beleza na profissão do Dr. Seixas.” (VERISSIMO: 1966, p.41,42)

Todas as questões discutidas no presente trabalho se condensam a fim de promover uma reflexão crítica que repense os vínculos estabelecidos em uma relação médico-paciente. Ainda que pertencentes a uma mesma cultura e a um mesmo ambiente social, médicos e pacientes possuem uma capacidade de observação e interpretação extremamente destoante em relação aos problemas de saúde, isso porque as premissas das quais se utilizam para formular critérios de avaliação são de natureza antagônica.

O médico, em sua caminhada de investigação em busca do diagnóstico, lança mão da racionalidade científica, da precisão objetiva e quantitativa, da dualidade psicossomática e da visão do indivíduo enquanto um todo específico e único dentro da comunidade em questão. Ou seja, todas as hipóteses e procedimentos estão sob a égide da tríade: empirismo, controle e comprovação teórica. A tarefa do clínico é, na verdade, a de descobrir a cadeia lógica de causas interconectadas que resultaram em um fato particular em estudo. O modelo da Medicina moderna aponta para a descoberta e quantificação de dados químicos do paciente em detrimento da consideração sobre aspectos menos objetivos, tais como sociais e emocionais. Diante disso, é necessário fazer a ressalva de que, quando todas as perspectivas se limitam ao universo palpável e fisiológico, são descartadas várias possibilidades viáveis residentes no universo comportamental.

Muitas doenças com fundo emocional apresentam expressão biológica, contudo a maioria das suas manifestações não exclui uma alteração comportamental do paciente. Ou seja, cabe ao médico responsável decodificar o discurso daquele a quem investiga, fazendo uso das informações colhidas durante a entrevista, e não confiando exclusivamente em testes complementares de ordem essencialmente técnica.

Classificar os indivíduos em grupos de doentes e sadios também é um assunto contraditório e extremamente difícil de ser resolvido. Geralmente, quando alguém percebe estar doente relata sintomas como perda de peso, mudanças na pele e pêlos, alteração em práticas orgânicas regulares como frequência urinária, perda de sentidos, dores, alterações bruscas nos estados emocionais, dentre outros. Porém, o fato de uma pessoa apresentar sintomas anormais pode não garantir que a mesma esteja de fato doente. Adoecer é, na verdade, um processo social que envolve o paciente e aqueles que estão à sua volta.

Quando determinados sintomas são regularmente recorrentes em determinados grupos sociais, diz-se que tais manifestações constituem uma doença popular. A grosso modo, o quadro clínico desse tipo de doença é a forma encontrada pelo conjunto para expressar que a vítima está passando por conflitos de ordem obscura.

Algumas moléstias trazem consigo um conjunto simbólico de punição, ou seja, sendo doenças graves com etiologia (causa) não bem determinada e tratamento de eficácia contestável, foram eleitas como representativas do que é moralmente errado na sociedade. Por exemplo, durante a Idade Média as epidemias traziam consigo a simbolização do contexto de desordem social e do colapso religioso corrente no momento. Posteriormente, a sífilis, a tuberculose e o câncer assumiram a posição de metáforas daquilo o que é maligno e condenável. Por sua vez, a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) tornou-se o resumo mais completo do peso da percepção social sobre determinada afecção biológica.

A AIDS é um veículo representativo dos inúmeros medos e ansiedades vividas pelo cidadão moderno, sendo frequentemente encarada como uma praga, contaminação invisível, punição moral, invasor imperdoável e resultado de um comportamento sexual irrefreado e anticonvencional, embora se saiba que a transmissão sexual não é a única forma de veiculação do seu agente etiológico causador (vírus HIV). O grande perigo imputado na estigmatização de uma doença, nesse caso a AIDS, reside no fato de que a visão punitiva sustentada e reforçada pelos meios de comunicação, que em geral estereotipam os portadores da doença em homossexuais e drogados, pode dificultar que os HIV-positivos recebam o tratamento e o apoio adequados. Daí, sob determinadas circunstâncias, permitir o reforço da idéia transmitida pelas categorias de doenças populares pode tornar extremamente complexo seu manejo e controle.

Todas as questões concernentes à doença em si, tais como a causa, o prognóstico, tratamento e seu significado social, confluem para a escolha de procurar (ou não) um médico. Caso o serviço profissional seja solicitado, a consulta se apresenta como elo fundamental da nova relação que se estabelece e, assim sendo, o futuro do sujeito vulnerável agora dependerá do que acontece durante e após a consulta. A consulta também se apresenta como uma ponte, e é exatamente por isso que muitos indivíduos apresentam a “síndrome do jaleco branco”, que é a manifestação fisiológica do sentimento de medo daquilo o que pode ser dito a respeito de seu futuro pelo médico, culminando, por exemplo, em aferições extremamente altas de pressão arterial. Não é só a morte em si que assusta, mas sim todo o processo de perceber a condição de limites que é imposta ao ser humano. Racionalmente, o homem sabe que é mortal, mas é apenas quando o indivíduo se sente vulnerável e fragilizado por algum motivo que a consciência e a percepção de tal situação passam a receber maior atenção.

A decisão de consultar o médico é dependente predominantemente de fatores socioculturais em detrimento da severidade da enfermidade em si. Por exemplo, para que o

paciente aceite ser tratado, é necessário partir do pressuposto que o mesmo entenda o princípio da doença como natural, e não sobrenatural ou social.

O momento da consulta clínica é a materialização da transmissão mútua de conhecimentos da área médica para o ambiente leigo, e vice-versa. Apesar de ser o profissional médico o detentor do conhecimento naquela área, é fundamental que de fato haja um diálogo, pois quando o paciente percebe não ter espaço nenhum de decisão e participação quanto à sua própria vida, isso dificulta imensamente a adesão ao tratamento selecionado, como acontece na narrativa *A Morte de Ivan Ilitch*:

“O clínico dizia: isto e aquilo indicam que o senhor tem isto ou aquilo; mas se o exame não confirmar que o senhor tem isto e aquilo, devemos levantar a hipótese de ter isto ou aquilo. E supondo-se que sofre disto ou daquilo, então... e assim por diante. Ivan Ilitch só se preocupava com uma coisa: o que tinha era grave ou não? O doutor, porém, não ligava para a descabida pergunta. Do seu ponto de vista, o capital era decidir entre um rim flutuante, uma bronquite crônica ou uma afecção do ceco. Não estava em pauta a vida de Ivan Ilitch, mas sim decidir pelo rim ou pelo ceco.” (TOLSTOI: 1998, p.35)

Após a apresentação dos sintomas (manifestações subjetivas) e aferição de sinais (aspectos objetivamente coletados na investigação), são consideradas entidades patológicas e, por fim, é escolhido um tratamento de modo que ambas as partes envolvidas na consulta estejam de acordo, sendo devidamente esclarecidos os prováveis benefícios e riscos do método selecionado. Quando o diálogo é falho, o médico sente-se na obrigação de prescrever fármacos, ainda que desnecessariamente, para ganhar de forma errônea a confiança daquele que lhe pede ajuda, agindo como se o status de “bom médico” fosse mais importante do que a saúde efetiva do indivíduo. Tal situação é retratada no excerto a seguir, pertencente à obra *O Retrato 2*:

“– E mesmo quando não for o caso de dar remédio, dê remédio, porque o paciente desconfia do doutor que não receita muita droga. E quando estiver diante dum caso complicado e ficar no escuro, receite uma dose pequena de citrato de magnésia. Não faz mal pra ninguém. É só pra ganhar tempo e estudar melhor o caso. Mas não digas nunca que não sabes. O paciente pode perder a fé... e adeus, tia Chica!” (VERISSIMO: 1995, p.317)

É interessante trazer à luz também a idéia de que pode haver enfermidade sem uma doença diretamente interligada. Na verdade, tal fenômeno é comum nas práticas clínicas atuais já que o uso das tecnologias investigativas se faz cada vez mais presente. O que ocorre é que, apesar de serem apontados dados alterados em nível bioquímico e celular, o indivíduo não apresenta a percepção de estar doente. Alguns exemplos disso são acometimentos como a hipertensão, colesterol elevado no sangue e carcinoma *in situ* cervical, que frequentemente são descobertos em exames de rotina, e não por provocarem tamanho desconforto no paciente a ponto de levá-lo a procurar ajuda profissional (dadas as exceções em que são desencadeadas crises de agudização do quadro). Quando o sujeito não se reconhece enquanto doente diante da constatação de uma anormalidade, é freqüente a não adesão ao tratamento prescrito, sendo que a interrupção do uso de algumas drogas em tempo indevido pode desencadear resultados graves. Por exemplo, esse é um dos motivos importantes pelos quais cada vez mais cepas de bactérias resistentes têm sido selecionadas em decorrência do uso abusivo de antibióticos.

Também o contrário é viável, que haja a doença sem uma enfermidade associada. Dessa forma, o paciente percebe que algo não está em harmonia em seu estado geral, seja no âmbito físico, mental, emocional ou social, embora por métodos técnicos de investigação médica não seja possível identificar o distúrbio causador do mal-estar, como retratado no excerto a seguir.

“Ao consultório já agora não lhe vinham apenas pessoas doente: começavam a aparecer pessoas que pediam conselhos, soluções para os problemas de natureza íntima, em geral questões de família, dificuldades financeiras ou desavenças entre marido e mulher.” (VERISSIMO: 1995, p.381)

O exemplo clássico de tal circunstância é o estresse da vida cotidiana, que se manifesta através de síndromes como o cólon irritado, torcicolo espasmódico ou ainda a hiperventilação. Nesses casos, o relacionamento médico-paciente ideal exige que a ênfase do profissional responsável esteja, não na busca de uma anormalidade física subjacente, mas nas dores, ansiedades e medos daquele que procura ajuda, bem como nas suas esperanças de encontrar no consultório a compreensão e o apoio de que necessita. Erico Veríssimo, em sua narrativa *O Retrato 2*, ilustra a necessidade direta do paciente em receber do médico atenção, sendo que isso já lhe seria garantia de melhora.

“- O diabo nasceu mesmo pra médico, dona. Tem um jeito com os doentes, que só vendo. O filhinho do Luiz Macedo que ele tratou, acordava de noite e

choringava que queria o doutor. O Teixeira me disse que quando estava de cama com febre, só de ver o Rodrigo entrar no quarto já melhorava...” (VERISSIMO: 1995, p.321)

A linguagem selecionada para cada situação é um ponto fundamental para garantir que a comunicação seja ou não eficaz, já que é a representação do pensamento humano por meio de sinais, que podem ser verbais ou não-verbais, que permitem a interação entre as pessoas. Em geral, em ambiente de consulta médica, a linguagem selecionada é de ordem mista, ou seja, uma fusão entre a expressão coloquial e jargão médico. A narrativa *O Retrato I* ilustra a falta de eficácia na interação médico-paciente, de forma que o sujeito, Cuca, na ausência de informações claras, partiu para conclusões precipitadas sobre determinado diagnóstico que recebera.

“– Um angu danado- repetiu Cuca. – e por cima de tudo, O Rodrigo com esse negócio no coração. Infarto do miocárdio.

Ou seria incardo do miofarto? – perguntou ele a si mesmo, numa dúvida. Fosse como fosse, era uma doença terrível, dessas que podem matar dum minuto para outro.” (VERISSIMO: 1995, p.15)

Um mesmo termo pode ter significados distintos na linguagem leiga e médica, a exemplo do uso de expressões como “dor no estômago” quando o paciente, desprovido de instrução em anatomia humana, não consegue identificar qual o ponto da cavidade é o epicentro da dor. Outra situação comum é o diagnóstico incorreto associado ao uso abusivo de expressões como azia e hipertensão, de onde se conclui que a eficácia da relação comunicativa extrapola o simples uso de terminologias afins. Novamente, percebe-se que o desconhecimento por parte do médico do modo como seus pacientes identificam e rotulam seus problemas de saúde pode resultar na interpretação equivocada de sintomas e, conseqüentemente, no diagnóstico errado ao final da consulta.

A atitude clínica esperada envolve um conjunto comportamental por parte do médico que reúna a familiarização com a linguagem do sofrimento a que o paciente refere, estando atento para variações de terminologia, sendo que o tratamento prescrito deve ser transmitido e explicado de forma a ser compreendido por aquele que o seguirá. Ou seja, a princípio, a coleta investigativa de dados precisa ser concisa, clara, contendo palavras do próprio sujeito em análise, sem conter conteúdo vulgar. Sem dúvidas, portanto, o sucesso no tratamento demanda que o foco central que cria um eixo coordenador de todos os

procedimentos seja colocar a vida do sujeito em primeiro lugar, despindo-se o médico da intenção de obter uma valorização heróica frente às pessoas, como ilustrado no excerto abaixo pertencente à narrativa *O Retrato I*, sendo que o narrador observador expressa sua indignação pelo descaso do jovem médico Rodrigo frente a um paciente, denominando, ironicamente, de “penacho” o seu comportamento egoísta e egocêntrico.

“Via agora como tinha procedido mal. Em vez de mandar carregar o caboclo para dentro da farmácia, tratando de reanimá-lo- recriminava-se ele- assumira uma ‘atitude heróica’, só porque havia uma platéia e ele queria proporcionar ao público o espetáculo de sua coragem, de seu sangue frio, de seu *aplomb*. Pouco lhe importara a vida daquele ser humano (um facínora, sim, mas uma criatura de Deus) pois o Dr. Rodrigo Terra Cambará só tivera olhos e cuidados para seu penacho!” (VERISSIMO: 1995, p.262)

É habitual que os indivíduos que escolhem a Medicina como profissão mudem seu comportamento ao longo de sua formação e carreira. Infelizmente, muitos se tornam calculistas, frios e desumanos e, embora outros mantenham o baluarte de seus ideais iniciais, é inegável que nem sempre a capacidade de conciliar a teoria com a prática é uma tarefa fácil. O contato com a impotência diante de alguns casos, juntamente com injustiças sociais e comercialização da saúde são fatores que auxiliam no desencantamento da carreira médica, sobretudo quando os profissionais estão submetidos a um sistema de atenção à comunidade com o qual não concordam. Dessa forma, o primeiro passo para a transformação das irregularidades e falhas que ainda persistem é a humanização, não só dos médicos, mas de todos os membros da sociedade, de maneira que uns consigam se relacionar com os outros sob a égide da humanização, que pode ser fortemente fortalecida pela prática literária ativa.

“O dia mais importante da minha vida foi aquele em que, recordando todos os meus erros, achei que já chegara a hora de procurar uma nova maneira de ser útil ao próximo, de dar novo rumo às minhas relações humanas. Que era que eu tinha feito senão satisfazer os meus desejos, o meu egoísmo? Podia ser considerada uma criatura boa apenas porque não matava, porque não roubava, porque não agredia? A bondade não deve ser uma virtude passiva. No dia em que achei Deus, encontrei a paz e ao mesmo tempo percebi que de certa maneira não haveria mais paz para mim. Descobri que a paz interior só se conquista com o sacrifício da paz exterior. Era preciso fazer alguma coisa pelos outros. O mundo está cheio de sofrimento, para atender a esses apelos? Eu via a meu redor pessoas aflitas que para se salvarem

esperavam apenas uma mão que as apoiasse, nada mais que isso. E Deus me dera duas mãos!” (VERISSIMO: 1995, p.174- 175)

Quando se pensa nos limites que distinguem vida e morte, separação que é despertada pela condição de enfermidade, tem-se a percepção de que a transição entre ambas as realidades não é específica, muito menos clara a ponto de se definir barreiras materialmente objetivas, perceptíveis, palpáveis ou descritíveis. O que existe, pelo contrário, é aquilo o que se pode chamar de zona de transição, uma espécie de mescla entre a pulsão de vida e a pulsão de morte que, assim como o amor e o ódio, de tão opostas e distintas, parecem se manifestar sempre lado a lado, como se da existência de um dependesse a coexistência de outro. Da mesma forma, os contrários bem e mal também só podem permanecer enquanto seu contrário também coexiste, ou seja, como se poderia definir algo como sendo bom se o mau não fosse conhecido? Ora, os princípios de bondade e caridade, além da justiça e da benevolência só podem ser compreendidos como tal pelo fato de haver uma força, um modo de proceder, uma constituição de caráter que difere em sua íntegra daquilo que se esperaria enquanto seu contrário. Ou seja, a oposição, o contrário do bem não é a simples ausência de bondade, mas sim a progressiva perda das características típicas da mesma, até que, além de não se encontrar mais virtudes, também se pode contemplar a presença de outras qualidades de princípios contrários.

A partir disso, pensar no dueto vida/morte já não é tão simples quanto parece. Seria muito simplista o discurso que concorda com a idéia de que a vida é a plena função de órgãos e sistemas dos seres vivos, desencadeando o fluxo de energia vital que torna o indivíduo digno do título de ser vivente. Assim sendo, a Morte também não pode ser a simples interrupção dessa organizada forma de existir, posto que a ausência de vida é a não existência, e não a morte. Na verdade, a Morte excede a compreensão do ser humano porque excede aquilo o que pode ser apreendido pelos seus sentidos naturais. É inegável que seria muito mais fácil admitir que se algo não pode ser visto, nem percebido pela audição, olfato, tato e nem degustado, não existe. Entretanto, seria arrogância demais para o ser humano acreditar que seus sentidos seriam capazes de abstrair toda a existência do universo, e tal verdade provoca o desconforto do desconhecido, da compreensão de que realmente existem mais coisas que pode perceber o pequeno entendimento humano.

CONCLUSÃO

Medicina e literatura partilham de um território comum, posto que examinam a condição humana, a questão da mortalidade, a dor, a doença, o significado da vida, bem como a figura do médico. Tudo isso tem sido tema de muitas e importantes obras literárias. A preocupação dos escritores em demonstrar uma sensibilidade especial para entender a relação médico-paciente pode ser de extrema utilidade para médicos, estudantes de medicina, entre outros profissionais da saúde. Finalmente, ambas são ciências que lidam com a palavra, sendo que no caso da medicina a linguagem é um instrumento terapêutico, e para a literatura, um artefato de criação estética. Dessa conexão, interessantes paralelos podem ser traçados quanto às inúmeras possibilidades trazidas pelos usos da palavra, da verbalização em si. A mistura entre os saberes da medicina e da literatura é um dos aspectos fundamentais das chamadas Humanidades Médicas, área do conhecimento que tem crescido cada vez mais.

A partir da atuação conjunta entre os dois saberes, torna-se possível resgatar a idéia da arte curativa, e não apenas a repetição de métodos e técnicas cientificamente admitidas como “padrão-ouro”. Na verdade, sob uma nova leitura a Medicina desperta a reflexão sobre a própria condição natural do homem de vulnerabilidade à enfermidade e, conseqüentemente, à Morte. Portanto, o presente artigo teve como objetivo desde seu início, não o estabelecimento de conclusões e regras objetivas, mas sim instigar o leitor, independentemente de sua formação pessoal, crenças e conhecimentos, a repensar sua condição enquanto ser humano. Ser racional não necessariamente implica no desenvolvimento de soluções e respostas para mistérios antes jamais desvendados, mas permite a tecitura de pensamentos e interpretações a respeito da vida e de todas as questões, por vezes contraditórias, que a mesma traz consigo.

REFERÊNCIAS:

CORPUS:

TOLSTOI, Liev. *O diabo e outras histórias*. São Paulo: Cosac e Naify Edições, 2000.

TOLSTOI, Liev. *A morte de Ivan Ilitch; seguido de senhores e servos*. São Paulo: Publifolha, 1998.

VERISSIMO, Erico. *O tempo e o vento - O retrato 1*. São Paulo: Globo, 1995. VERISSIMO, Erico. *Olhai os lírios do campo*. São Paulo: Globo, 1995.

VERISSIMO, Erico. *O tempo e o vento - O retrato 2*. São Paulo: Globo, 1995. VERISSIMO, Erico. *Fantoches e outros contos*. 14ª Edição. São Paulo: Globo, 1997.

GERAL:

AUERBACH, Erich. *Introdução aos estudos literários*. 2. ed. Trad. José Paulo Paes. São Paulo: Cultrix, 1972.

- BALINCH, Michael. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
- BARTHES, Roland et alii. *Análise estrutural da narrativa*. Trad. Maria Zélia Barbosa Pinto. Petrópolis: Vozes, 1971.
- BECKER, Ernest. *A negação da morte*. Rio de Janeiro: Record, 1995.
- BOEMER, Magali R. *A morte e o morrer*. São Paulo: Cortez, 1986.
- CARVALHO, Alfredo Leme Coelho de. *Foco narrativo e fluxo da consciência: questões de teoria literária*. São Paulo: Pioneira, 1981.
- COUTINHO, Afrânio. *Notas de teoria literária*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.
- EAGLETON, Terry. *Teoria da literatura: uma introdução*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- EAGLETON, Terry. *Teoria da literatura: uma introdução*. Trad. Waltensir Dutra. São Paulo: Martins Fontes, 1983.
- EIZIRIK, CL. In: Lavinsky L., ed. *Saúde: Informações Básicas*. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS (no prlo), 1999.
- ESSLINGER, Ingrid. *De quem é a vida, afinal? Descortinando os cenários da morte no hospital*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- FERRARI, Armando B. *O eclipse do corpo: uma hipótese psicanalítica*. RJ: Imago, 1995.
- FORSTER, E. M. *Aspectos do romance*. Trad. M. Helena Martins. Porto Alegre: Globo, 1969.
- FRYE, Northrop. *Anatomia da crítica*. Trad. Péricles Eugênio da Silva Ramos. São Paulo: Cultrix, 1973.
- GADAMER, Hans-Georg. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.
- GANCHO, Cândida Vilares. *Como analisar narrativas*. São Paulo: Ática, 1991. (Princípios, 207).
- GOTLIB, Nádia Battella. *Teoria do conto*. 2. ed. São Paulo: Ática, 1985. (Princípios).
- HUMPHREY, Robert. *O fluxo de consciência*. Trad. Gert Meyer. São Paulo: MacGraw-Hill do Brasil, 1976.
- IMBASSAHY, Carlos. *O que é a Morte*. São Paulo: EDICEL, 1981.
- KATZ, Jay. *The silent world of doctor and patient*. New York: Free Press, 1984.
- KAYSER, Wolfgang. *Análise e interpretação da obra literária*. 2 ed. Trad. Paulo Quintela. Coimbra: Armênio Amado, 1958. 2 v.
- LAPLANCHE, Jean. *Vida e morte em psicanálise*. Porto Alegre: Artes médicas, 1985.
- LOYOLA, Valeska Maria Zanello de. *A Metáfora no Trabalho Clínico*. Guarapari-ES. Ex Libris, 2007.
- LUKÁCS, Georg. *Ensaio sobre literatura*. Vários tradutores. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.
- LYONS, A.S.; PETRUCCELLI, R.J. *Medicine, an Illustrated History*. New York: Abrams, 1978.
- MARANHÃO, José Luiz de Souza. *O que é morte*. São Paulo: Brasiliense, 1992.
- PAULO, Luiz Gonçalves. *Compliance: sobre o encontro paciente/ médico*. São Roque: IPEX Editora, 1997.
- SEVERINO, Antônio Joaquim. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez, 2002.