



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE ENSINO PESQUISA E EXTENSÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

ALINE AGUSTINHO DA SILVA

**A COMPREENSÃO DA EXPERIÊNCIA DO ADOECER PELA PERSPECTIVA
DE PESSOAS COM CÂNCER HOSPITALIZADAS: UM OLHAR
FENOMENOLÓGICO EXISTENCIAL**

RECIFE

2015

ALINE AGUSTINHO DA SILVA

**A COMPREENSÃO DA EXPERIÊNCIA DO ADOECER PELA PERSPECTIVA
DE PESSOAS COM CÂNCER HOSPITALIZADAS: UM OLHAR
FENOMENOLÓGICO EXISTENCIAL**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da
Universidade Católica de Pernambuco como
parte dos requisitos para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Clínica.

Linha de Pesquisa: Práticas Psicológicas em
Instituições

Orientador: Prof. Marcus Túlio Caldas

RECIFE

2015

Silva, Aline Agostinho

A compreensão da experiência do adoecer pela perspectiva de pessoas com câncer hospitalizadas: um olhar fenomenológico existencial.

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Católica de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. Marcus Túlio Caldas (Orientador)

Instituição: Universidade Católica de Pernambuco

Assinatura: _____

Prof. Dr. Luiz Alencar Libório (Examinador interno)

Instituição: Universidade Católica de Pernambuco

Assinatura: _____

Profa. Dra. Rubenilda Maria Rosinha Barbosa (Examinador externo)

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A Carlos Eduardo, que me fez perceber as rosas que florescem em minha janela.

Aos meus pais e minha irmã, corações coautores de minhas conquistas e que vibram com cada uma delas.

Aos pacientes oncológicos, que me ensinaram que o amor está sempre presente, em qualquer lugar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de vida e pelas mensagens escondidas trazidas pelos pequenos anjos de cada dia.

Ao meu querido pai, Inácio, que através de seu olhar me transmite todo amor e admiração que sente.

À minha querida mãe, Liane, que a partir de suas mãos me dedica seu amor incondicional.

À minha querida irmã, Rafaelle, que em sua sabedoria e afeto é minha companheira de jornada de vida.

Ao meu orientador, professor Marcus, que num gesto de confiança aceitou caminhar junto a mim nesta empreitada e me ofertou sua tolerância, sua colaboração e seus conhecimentos.

Aos professores, Rosinha e Libório, que me acolheram, afetosamente, para que este projeto pudesse ser concluído.

Às amigas queridas: Sophia, Waleska, Eugênia, Allyde, Bel, Lívia e tantas outras que me ajudaram das mais diferentes formas ao longo dessa caminhada.

Às minhas chefias, que me permitiram empregar tempo na realização deste trabalho para que ele se tornasse possível.

À equipe de saúde das enfermarias de Oncologia do IMIP, que colaborou com a indicação de possíveis participantes para essa pesquisa.

Aos pacientes que aceitaram dividir, por um instante, seus mundos comigo.

“Sem dúvida o homem precisa de solidão para perceber que não está sozinho, que nunca esteve sozinho; deve ter solidão para verificar que a sua fala consigo mesmo é e sempre foi um diálogo”.

(Frankl, 1978, p.272).

RESUMO

Silva, A. A. (2015). A compreensão da experiência do adoecer pela perspectiva de pessoas com câncer hospitalizadas: um olhar fenomenológico existencial. Dissertação de Mestrado, Mestrado em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

Sendo um fenômeno que permeia o existir, o adoecer se torna alvo importante de reflexões para diferentes abordagens. Enquanto experiência do humano, possui caráter científico, mas principalmente singular a partir de uma postura não redutora quanto à concepção de *pathos*. Concebendo a apropriação do homem no que diz respeito às suas formas de comunicação consigo e com o mundo, são observados diferentes modos de ação dos pacientes hospitalizados que lidam com o adoecer de câncer. Enquanto uns não conseguem dar qualquer sentido à vivência desse fenômeno, outros vislumbram o adoecer como horizonte de crescimento em suas jornadas de vida. A partir do conhecimento de que tantos outros modos de estar no mundo podem se fazer presentes entre essas pessoas, este estudo tem como objetivo geral a busca pela compreensão da experiência do adoecer pela perspectiva de pessoas com câncer que se encontram hospitalizadas. Pesquisar sobre a vivência de internamento em enfermaria oncológica e compreender o desvelamento de sentidos na experiência do adoecer com câncer constituem os objetivos específicos. Visando conciliar a proposta desta pesquisa com o conhecimento prático adquirido pela pesquisadora enquanto psicóloga hospitalar, foram utilizados como instrumentos a entrevista geradora de narrativa e o diário de campo. Os dados foram coletados em hospital de grande porte da cidade de Recife – PE, numa enfermaria de oncologia, com participantes de ambos os sexos e idade mínima de 18 anos. Tendo como fundamentação teórica os estudos do psiquiatra Viktor Frankl, os dados foram analisados a partir da perspectiva da filósofa Dulce Critelli no que se refere ao movimento de desvelamento do fenômeno, e de Gadamer, com sua noção de conversação e fusão de horizontes. Como resultados foram obtidas narrativas que propiciam o desenvolvimento de novos olhares para o fenômeno do adoecer, desmistificando alguns pensamentos culturalmente estabelecidos que restringem a vivência do câncer ao sofrimento intenso e inevitável.

Palavras-chave: psicologia; doença; hospitalização; oncologia; fenomenologia existencial.

ABSTRACT

Silva, A. A. (2015). The comprehension of sickening experience by the perspective of hospitalized cancer patients: an existential phenomenological look. Dissertação de Mestrado, Mestrado em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

Being a phenomenon that permeates the existence, sickening becomes an important target of reflections for different approaches. As a human experience, it holds a scientific character, but primarily singular from a non-reductive posture regarding the conception of *pathos*. Conceiving human appropriation with regard to one's own ways of self-communication and communication with the world, it's possible to observe different means of action by hospitalized patients who deal with sickening by cancer. While some don't succeed in giving any meaning to the living of this phenomenon, others glance sickening as a growing horizon in their life journey. Based on the knowledge that so many other ways of being in the world can be present among these people, this study states as its main objective to search for comprehension of the sickening experience by the perspective of cancer patients under hospitalization. To research the internment experience in oncology infirmary and to comprehend the unveiling of senses in the experience of sickening by cancer constitute the specific objectives. Aiming to conciliate the proposal of this research with the practical knowledge acquired by the researcher as a hospital psychologist, the tools used for the research were the narrative interview and the field diary. The data was collected in a large hospital in the city of Recife - PE, in an oncology infirmary, with participants of both sexes and with the minimum age of 18. The theoretical fundamentals were based upon the studies of the psychiatrist Viktor Frankl, the data were analyzed by the perspective of the philosopher Dulce Critelli regarding the unveiling of senses and of Gadamer concerning his notion of conversation and fusion of horizons. The results were obtained as narratives that allowed the development of a new look in the sickening phenomenon, demystifying some culturally established beliefs that restrict the experience of cancer to intense and inevitable suffering.

Keywords: psychology; disease; hospitalization; oncology; existential phenomenology.

RESUMEN

Silva, A. A. (2015). Comprensión de la experiencia de enfermar desde la perspectiva de personas con cáncer hospitalizadas: una mirada fenomenológica existencial. Dissertação de Mestrado, Mestrado em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

Siendo un fenómeno que permea la existencia, el enfermar se vuelve objetivo importante de reflexiones para diferentes abordajes. Como la experiencia humana, tiene un propósito científico, pero sobre todo natural, desde un enfoque no reduccionista en cuanto a la concepción de *pathos*. Concibiendo la apropiación del hombre en lo que respecta a sus formas de comunicarse consigo y con el mundo, se observan diferentes maneras de actuar por parte de los pacientes hospitalizados que lidian con el cáncer. Mientras unos no consiguen dar ningún sentido a la experiencia de ese fenómeno, otros vislumbran la enfermedad como horizonte de crecimiento en todos los ámbitos de la vida. A partir del conocimiento de que muchas otras formas de estar en el mundo pueden estar presentes entre estas personas, este estudio tiene como objetivo general buscar la comprensión de la experiencia del enfermar desde la perspectiva de personas con cáncer que se encuentran hospitalizadas. Ahondar en la experiencia de ingreso en el ala oncológica y comprender el desvelamiento de sentidos en la experiencia de padecer cáncer constituyen los objetivos específicos. Con el fin de conciliar el objetivo de esta investigación con el conocimiento práctico adquirido por la investigadora en funciones de psicóloga hospitalaria, fueron utilizados como instrumentos la entrevista generadora de narrativa y el diario de campo. Los datos fueron recogidos en un gran hospital de la ciudad de Recife - PE, en una sala de oncología, con participantes de ambos sexos y edad mínima de 18 años. Teniendo como fundamentación teórica los estudios del psiquiatra Viktor Frankl, los datos fueron analizados a partir de la perspectiva de la filósofa Dulce Critelli en lo que se refiere al movimiento de desvelamiento del fenómeno y de Gadamer con su noción de la conversación y la fusión de horizontes. Como resultados fueron obtenidas narrativas que propician el desarrollo de nuevas miradas para el acto de enfermar, desmitificando algunos pensamientos culturalmente establecidos que restringen la vivencia del cáncer al sufrimiento intenso e inevitable.

Palabras-clave: psicología; enfermedad; hospitalización; oncología; fenomenología existencial.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
METODOLOGIA.....	16
1. SOBRE O ADOECER E O CÂNCER: RELAÇÕES COM A MEDICINA, A PSICOLOGIA E A EXISTÊNCIA.....	20
1.1 - O Câncer e a Medicina	20
1.2 - O Câncer e a Psicologia.....	24
1.3 - O Câncer e a Existência.....	28
2. A HOSPITALIZAÇÃO E SEUS DESDOBRAMENTOS.....	31
3. SENTIDOS DO ADOECER: ENCONTROS E DESENCONTROS	34
3.1 Cenário da Pesquisa	39
3.2 Participantes a Bordo	40
3.3 Compreendendo o Adoecer.....	45
3.3.1 A repercussão da notícia	45
3.3.2 O relacionamento com a equipe de saúde	50
3.3.3 A hospitalização	53
3.3.4 A experiência do adoecer: vivendo com o câncer.....	59
3.3.5 Buscando forças: religiosidade e espiritualidade	71
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	81
ANEXO	86

APRESENTAÇÃO

Este trabalho se trata de um movimento em busca por uma aproximação do humano, com toda sua beleza, em suas obras que constituem o que se chama de vida. Estar doente pode ser uma das vias para o desenvolvimento dessas obras, pois assim também se faz possível a comunicação com o corpo e com o ser como um todo. Estar em um corpo contribui com a percepção da linguagem desse ser de forma contundente, pois as alegorias das palavras distraem, mas a pele traz à tona o que se tem de mais profundo.

Tal explicação poderia dar cabimento à ideia de que a doença seria, portanto, um caminho almejado para o entrar em contato com o que o homem necessita conhecer de si mesmo. Contudo, esta não é a opinião da pesquisadora, que percebe, hoje, o adoecer como um processo eleito, entre outros, para acessar algo de íntimo que pode ser cuidado para que haja a possibilidade de um florescimento de verdadeiras potencialidades. É um caminho? Sim. É o único? Não. Lembrando as palavras do psiquiatra Vitor Frankl, que será trazido como fundamentação teórica desse estudo, compreende-se em sua obra: *Em busca de sentido* (2011) que não evitar um sofrimento evitável não se trata de heroísmo, mas sim de masoquismo. Sendo assim, este trabalho não se trata de um convite para o adoecer, mas um convite para o viver, inteiramente, inclusive a enfermidade. E se esse adoecimento for aquele temido por muitos ao trazer o estigma da morte – como o câncer – que seja o mergulhar ainda mais profundo, pois por que não aprender também com uma das poucas certezas da existência?

Para Berlinck (2008), entre diferentes modos de ser-no-mundo, temos como possibilidade o adoecer. *Pathos*, então, designa o que produz ou denota forte emoção, o que é vivenciado e que pode se tornar experiência – um sofrimento ou uma paixão que traz em si mesma a possibilidade de um ensinamento.

Todos nós somos por vezes pegos por situações nas quais tínhamos certeza e segurança de tudo e, de repente, como um golpe do destino, nosso mundo desaba, e as certezas que nós tínhamos sobre o mundo e sobre nós mesmos se diluem no ar. É neste momento, dominado pelo *Pathos*, que encontramos a encruzilhada onde ou nos reconstruímos, ou sucumbimos, pois não cabemos mais em nós mesmos (Pelizzoli, 2013, p. 37).

De acordo com Gadamer (2011), percebe-se uma atitude de afastamento da doença, que tem como consequência o afastamento de sua verdadeira importância na vida humana.

A indagação apropriada, para o filósofo, seria sobre o que a doença quer dizer ao doente. Seria preciso para os seres humanos o reaprendizado de que as perturbações da saúde são alertas para que se atente à importância da busca pelo equilíbrio.

Alguns autores contemporâneos também compartilham da perspectiva não redutora do *pathos*, e trazem o pensamento de apropriação do homem no que diz respeito às suas formas de comunicação consigo e com o mundo ao tratarem da temática do adoecer. Perestrello (1982) tece algumas considerações nesse sentido:

A doença não é algo que vem de fora e se superpõe ao homem, e sim um modo peculiar de a pessoa se expressar em circunstâncias adversas. É, pois, como suas outras manifestações, um modo de existir, ou de coexistir, já que o homem não existe, coexiste. E como o ser humano não é um sistema fechado, todo o seu ser se comunica com o ambiente, com o mundo, e mesmo quando, aparentemente, não existe comunicação, isto já é uma forma de comunicação, como o silêncio, às vezes, é mais eloquente do que a palavra (Campos, 1995, p.48).

Como comenta Pelizzoli (2013), percebe-se o movimento de uma nova compreensão de doença; não mais apenas como anormalidade indesejável que acomete o indivíduo, mas como o sintoma necessário e total, reflexo de uma sociedade que busca organizar suas funções complexas e paradoxais.

Entre as doenças, o câncer é uma das principais causas de morte no mundo e o número total de casos globalmente está aumentando. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2012), o número de mortes por câncer globais deverá aumentar 45% entre 2007 e 2030 (de 7,9 milhões para 11,5 milhões de mortes), influenciadas em parte pelo aumento da população e pelo envelhecimento global. De acordo com Leal (1993) & Palmeira (1997), hoje se faz cada vez mais comum o desejo de investigar as relações existentes entre os fatores psicológicos, a incidência, a evolução e a remissão do câncer.

Dahlke (2007) afirma que o câncer costuma assombrar nossa época afetando não somente seus portadores, mas toda uma sociedade que ainda o mantém como tabu. Para ele, o câncer torna evidente a relação entre corpo, alma, mente e sociedade, tendo em vista o fato inegável de se tratar de patologia multifatorial. Apesar dos avanços já obtidos pela ciência, que avança em recursos tecnológicos constituintes de importante repertório para o tratamento da doença, o câncer ainda sustenta um lugar de medo devido à sua trajetória na história da humanidade. O homem, interessado em sua qualidade de vida, teme seu corpo

quando este se apresenta de forma diferente do esperado. A doença, segundo Boss (1981), é uma ameaça que permeia a vida; chamamento para a morte.

O interesse da pesquisadora em estudar o tema – *A compreensão da experiência do adoecer pela perspectiva de pessoas com câncer hospitalizadas: um olhar fenomenológico existencial* – surgiu de sua trajetória de sete anos em instituições hospitalares. A partir das diversas escutas realizadas ao longo desse período, foi percebido que o homem detém a capacidade de se recriar, seja em que contexto for. Terreno extremamente fértil para o aparecimento de tudo aquilo que há de mais próprio do humano, o hospital se tornou palco de diversas experiências de aprendizado nas esferas pessoal e profissional, permitindo à pesquisadora conhecer pessoas diversas, com suas diferentes patologias e variados sentidos de vida. O encantamento se deu ao ser notado que, além da dor e do sofrimento que lá habitam, existem também pessoas que vivem seus desafios diários e que, ao estarem presentes em seus processos de adoecimento, redescobrem o mundo e a si mesmas. “Quando já não somos capazes de mudar uma situação – podemos pensar numa doença incurável, como um câncer que não se pode mais operar –, somos desafiados a mudar a nós próprios” (Frankl, 2011, p.137).

É evidente que, nem sempre, essas descobertas ocorrem, pois é preciso estar aberto e se responsabilizar por tal processo. Contudo, cada ocasião onde foi possível o encontro com pessoas que quiseram “assumir o leme” repondendo aos questionamentos que a vida lhes fez, se evidenciou também, na pesquisadora, um sentido para estar ali. Continuando com o pensamento de Frankl (2011, p.101), “Não perguntamos mais pelo sentido da vida, mas experimentamos a nós mesmos como os indagados, como aqueles aos quais a vida dirige perguntas diariamente e a cada hora”.

Compreende-se que em qualquer tipo de enfermaria é possível encontrar exemplos de pessoas que vivenciam esse processo, mas foi na enfermaria de Oncologia onde a pesquisadora encontrou experiências que despertaram seu desejo de se aprofundar em sua pesquisa – o lugar onde mundos são representados por pessoas que vivenciam, entre tantas coisas, o adoecer, pois o medo de não resistir a uma doença pode servir como um grande estímulo para, percebendo a si mesmas, enxergarem aquilo que antes não era visto.

A literatura, neste caso, não traz respostas quanto ao que se almeja neste estudo, tendo em vista que o enfoque da pesquisa não está em visões pré-formadas sobre o câncer, mas sim no desvelamento de um fenômeno que pode ser expresso por aquele que vivencia tal experiência. Justifica-se a relevância desse questionar pelo fato de que, além de variadas possibilidades de compreensões existentes sobre o fenômeno do adoecer, notam-se também diferentes modos de ação das pessoas que lidam com a enfermidade – o que desperta o olhar da pesquisadora para essa questão. Como comentam Corrêa e Valle (2002), é pertinente considerar a produção de conhecimentos fundamentados na compreensão existencial do homem, permitindo que sua dimensão humana possa ser considerada para além da perspectiva técnico-científica.

Como objetivo geral desse estudo, se tem, portanto, a compreensão da experiência do adoecer pela perspectiva de pessoas com câncer que se encontram hospitalizadas. Pesquisar sobre a vivência de internamento em enfermaria oncológica e compreender o desvelamento de sentidos na experiência do adoecer com câncer constituem os objetivos específicos.

No capítulo que segue é apresentada a metodologia da pesquisa, tendo em vista seu caráter fenomenológico, onde o modo de estar presente vivenciando o desvelamento dos fenômenos envolvidos acompanhou a pesquisadora, ao longo de todo o trabalho, fazendo parte do corpo da pesquisa.

Em seguida, é desenvolvido o primeiro capítulo bibliográfico que traz como tema o câncer enquanto questão médica, psicológica e existencial onde são abordadas as perspectivas e contribuições dessas três esferas no que se refere à abordagem junto ao paciente com câncer.

No segundo capítulo se discute acerca da hospitalização a partir da atuação da equipe de saúde, desenvolvendo o cuidado e suas repercussões na experiência do paciente.

O terceiro capítulo é empírico e traz o *corpus* da pesquisa, discussão e análise dos dados, destacando a compreensão da experiência do adoecer pela perspectiva de pessoas hospitalizadas em uma enfermaria de oncologia. A discussão conduzida através da

análise/interpretação das narrativas transcritas permitiu a percepção de que o adoecer de câncer pode propiciar diferentes encontros de sentidos por parte daqueles que o vivenciam.

Espera-se, com a realização desse trabalho de pesquisa, dar conhecimento da experiência do paciente com câncer, buscando sua legitimidade e visibilidade por parte dos profissionais de saúde, ampliando a possibilidade de um cuidado integral, assim como o desenvolvimento de novos olhares para o fenômeno do adoecer, desmistificando alguns pensamentos culturalmente estabelecidos que restringem a vivência do câncer ao sofrimento intenso e inevitável.

METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa qualitativa de cunho fenomenológico com população de pacientes internados em enfermaria de oncologia em hospital público de grande porte – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) – localizado na cidade de Recife - PE. O corpus contou com amostra intencional de 06 (seis) sujeitos participantes, de ambos os sexos, com idades entre 23 e 84 anos. Foi verificada entre os mesmos a disponibilidade em narrar a experiência do adoecer de câncer, no contexto de uma enfermaria, assegurando maior coerência com os objetivos da pesquisa realizada. Após a submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética, a identificação dos participantes aconteceu a partir da indicação médica de internamento na enfermaria de oncologia sem que fosse delimitado tempo de hospitalização, tipo específico de câncer e/ou tratamento. Foi levada em conta também a avaliação, por parte da equipe de enfermagem, no que se refere à disposição do paciente para compartilhar suas experiências. Tal indicação se dava baseada no nível de interação dos mesmos com tais profissionais, tendo em vista sua atuação direta e frequente junto aos pacientes.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos (Minayo, 2007, p.21).

Turato (2003) aponta que o investigador qualitativista chega ao campo não com o intuito de entender/interpretar as pessoas em si mesmas e explicar o que, de acordo com sua perspectiva, acontece com elas. Antes, dá ênfase às significações das pessoas e comunidades imersas em seu *setting* natural, e não em ambiente que procure reproduzir situações que fujam à realidade cotidiana que se busca compreender. Refere ainda que “o campo da experiência não pode ser identificado com o da realidade, mas o campo da experiência é, sim, o dos fenômenos, enquanto nos aparece e como nos aparece” (p.209).

Conforme Martins & Bicudo (1994), na perspectiva fenomenológica o pesquisador não inicia seu trabalho a partir de um problema, mas norteia sua pesquisa baseando-se

numa interrogação sobre determinado fenômeno. Ele procura alcançá-lo da forma como ele se apresenta na própria experiência. O pesquisador inicia seu caminho questionando o fenômeno, oferecendo postura aberta e receptiva para acolher tudo o que o interlocutor trouxer na ocasião do encontro. “A fenomenologia poderia ser descrita como a tentativa de encontrar um aparato conceitual que, em contraste com as teorias e investigações descorporificadas da ciência empírica, seja baseado na experiência vivida” (Svenaeus, 2012, p.375).

Como afirma Castro et al. (2002), existe grande importância na pesquisa fenomenológica no que se refere à sua contribuição para a reflexão acerca da existência humana, ao permitir o repensar sobre diversos modos de organização do trabalho diário, a relação com o paciente, a formação humana dos profissionais de saúde, dentre outros, em uma lógica diferente do modelo cartesiano que sustenta as ciências positivas.

A fenomenologia, como método, procura fundamentar com rigor o conhecimento e tratar das coisas como fenômeno, como acontecimento, numa explicitação do já desvelado, daquilo que se mostra, sem nenhuma posição prévia: é, portanto, da ordem da percepção, da apreensão de sentido (Quintas, 2013, p.71).

Sendo assim, a pesquisadora realizou um primeiro contato com os pacientes onde foram apresentados os objetivos e metodologia do trabalho, a fim de convidá-los a participarem da pesquisa. Neste encontro os mesmos foram esclarecidos quanto à voluntariedade, possíveis riscos e benefícios do estudo, assim como quanto à possibilidade de encaminhamento para acompanhamento psicológico com a profissional de psicologia do setor, durante e após o período que abrangeu a coleta de dados. O registro da entrevista foi feito através de áudio (gravação de voz) com tempo médio de 30 (trinta) minutos, tendo sido utilizadas as salas de evolução em prontuário, salas de psicologia, ou a própria enfermaria do Hospital. Os resultados são apresentados de maneira que não seja possível identificar os participantes, visando preservar o sigilo necessário.

Foram utilizados como instrumentos de pesquisa a entrevista narrativa (com uso de pergunta gerativa de narrativa – “Como tem sido sua experiência desde quando soube que estava doente até o momento de agora?”) e o diário de campo. Os participantes da pesquisa foram convidados para que, através das narrativas, pudessem relatar suas experiências no que diz respeito à vivência do adoecer de câncer.

“É a narrativa da história pessoal que faz emergir o sentido da vida. E é juntando ‘história’ e ‘sentido’, que a narrativa enreda os eventos, transformando a vida em biografia” (Critelli, 2012, p. 5).

As narrativas possibilitam rico caráter comunicativo quando se está disponível para tal, permitindo uma elaboração e afastando as falas explicativas, as quais não trazem a profundidade para o fenômeno. Benjamin (1994, p.205) afirma que a narrativa não se preocupa com a transmissão da pura informação em si, mas em imprimir a marca do narrador no que está sendo narrado. Diz ainda que “seus vestígios estão presentes de muitas maneiras nas coisas narradas, seja na qualidade de quem as viveu, seja na qualidade de quem as relata”.

As entrevistas foram gravadas mediante prévia autorização e, posteriormente, transcritas em sua integralidade. No instrumento do diário de campo constaram anotações descritivas da experiência da pesquisadora e suas impressões acerca do encontro com o participante e com a equipe de saúde, assim como relato de situações que interferiram na qualidade do encontro, tais como: interrupções, indisposição física ou psíquica dos pacientes. Essas anotações visaram apresentar informações complementares que pudessem contribuir com a elucidação da experiência narrada.

Foi informado aos participantes que poderiam interromper a participação na pesquisa a qualquer momento, se assim o desejassem ou se houvesse incômodo, desconforto, cansaço, constrangimento ou inconveniência, mesmo que fossem concluídas todas as etapas da coleta de dados ou desenvolvimento da pesquisa. Foi possível a solicitação de exclusão dos resultados finais, sem quaisquer compromissos ou prejuízos de qualquer ordem, não tendo havido, no entanto, tal solicitação.

É reconhecido que as pessoas que se encontram enfermas e hospitalizadas podem estar em situação de fragilidade emocional, sendo considerado também o eventual afetamento gerado pela ocasião da entrevista. Deste modo, a pesquisadora esteve particularmente atenta e disponível para acolhimento mesmo após o término da entrevista, nos casos necessários. A psicóloga responsável pelo setor foi informada sobre os participantes que apresentaram intenso sofrimento na ocasião da entrevista. Foi disponibilizada a profissional de psicologia para oferecer todo o suporte emocional

necessário, ao longo do internamento do participante, visando minimizar qualquer dano eventual que a pesquisa pudesse ter causado.

As informações obtidas através desta pesquisa foram confidenciais, sendo os nomes dos participantes substituídos por nomes fictícios, não constando em nenhum prontuário ou documento, de modo a assegurar total sigilo sobre sua participação. Os dados serão protegidos em arquivo de acesso exclusivo da pesquisadora, pelo prazo de 05 (cinco) anos, e, posteriormente, serão destruídos. Durante este período os dados colhidos serão utilizados para a publicação de textos científicos que contribuam com a prática clínica, levando em consideração a experiência de cada ser.

Como referencial teórico para a análise de dados foram eleitos os escritos do psiquiatra austríaco Viktor Emil Frankl. Seu pensamento era de que a motivação básica do comportamento do indivíduo é uma busca pelo sentido para sua vida, e que a finalidade da terapia psicológica deve ser ajudá-lo a encontrar esse significado particular.

Para atender ao objetivo da pesquisa foi feito uso da Analítica do Sentido, de Dulce Critelli, na análise dos dados coletados através de sua conceituação quanto ao que seria o Movimento de Realização, movimento este que, em seu fundamento e desdobramento, são temporais, existenciais. A hermenêutica filosófica de Gadamer também permeou a postura da pesquisadora no que traz a sua tônica de que a compreensão é produzida na dialogicidade participativa do encontro de horizontes distintos.

O retorno ao Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira - IMIP será realizado por meio de uma palestra para a equipe de saúde da enfermaria de Oncologia com exposição dos resultados da pesquisa, aberta a quem desejar participar. Dispomo-nos a contatos individuais com representantes da instituição para discutir aspectos da pesquisa, se assim o desejarem.

O retorno aos participantes da pesquisa será por meio de contato individual onde discutiremos os resultados alcançados, desde que haja o interesse por parte dos colaboradores.

1.SOBRE O ADOECER E O CÂNCER: RELAÇÕES COM A MEDICINA, A PSICOLOGIA E A EXISTÊNCIA

1.1 - O Câncer e a Medicina

“Não se trata mais de liberar o homem de sua doença, e sim de guiá-lo até a sua verdade”.
(Frankl, 1978, p.193).

Diante de diversos progressos alcançados pelas diferentes ciências nos últimos tempos, percebe-se um lugar de destaque para a medicina, que encontra cada vez mais recursos tecnológicos que se somam ao exame clínico puro. De acordo com Comte-Sponville (1997), os médicos antigos não contavam com instrumentos facilitadores, tais como testes de laboratório ou exames de imagem. Sendo assim, a avaliação clínica era a base para definição de qualquer diagnóstico e conduta a ser tomada.

Mesmo com todos os reconhecidos avanços, se sabe que diante da mortalidade do homem a medicina traz em si seu limite, condição esta que nem sempre é admitida, ou respeitada, por parte dos que demandam cuidados ou dos que cuidam, pois requer postura de aceitação. Kovács (2002) afirma que o século XXI apresenta uma ciência médica associada a uma busca pela cura e pelo prolongamento da vida através de procedimentos de diagnóstico e tratamento que avançam em sofisticação, principalmente em relação ao câncer, conjunto de doenças que continua a desafiar os profissionais no seu combate, permitindo que se mantenha a ideia de doença como uma fonte de sofrimento e um caminhar para a morte.

Considerando o processo de adoecimento e seus diversos tipos de tratamento, percebe-se que as sociedades primitivas possuem muito que contribuir ainda hoje. Vistas como expressão simbólica de conflitos internos, as enfermidades eram entendidas como mensagens que emergem no indivíduo e para o mesmo, tendo em conta seus diversos fatores constituintes. A concepção fisiológica das doenças, iniciada por Hipócrates, explica suas origens a partir de um desequilíbrio entre as forças da natureza que estão dentro e fora da pessoa. O indivíduo é visto como um todo no seu ambiente.

Considerando as doenças como "entidades" externas ao organismo e que o invadem para se localizarem em várias das suas partes, temos ainda perspectivas conservadoras ligadas a uma forma de medicina que dirige os seus esforços na classificação dos processos de doença, na elaboração de um diagnóstico exato, procurando identificar os órgãos corporais que estão perturbados e que provocam os sintomas. É um ponto de vista redutor que explica o adoecimento na base de órgãos específicos afetados. Assume que a doença é uma coisa em si própria, sem relação com a personalidade, constituição física ou o modo de vida do paciente (Dubos,1980). Esta ainda é uma perspectiva utilizada pela medicina atual, mais precisamente a ocidental.

A literatura mostra que diferentes formas de conceber a saúde e a doença emergiram em épocas distintas e deram origem a modelos específicos de atendimento à saúde. No entanto, apesar das expressões saúde e doença fazerem parte do nosso cotidiano, poucas vezes se reflete sobre as diversas possibilidades de sentido que esses termos podem expressar (Koller & Morais, 2006).

A palavra grega *pathos* possui vários significados, se destacando entre estes dois sentidos principais: o *passional*, a paixão, a passividade; e o *patológico*, a doença, presente no diagnóstico médico. De acordo com Martins (1999), a fronteira que separa estas duas perspectivas é frágil e varia de acordo com a época e a civilização. Vertentes histórico-filosóficas explicam o *pathos* de maneiras diferentes. A vertente aristotélica compreende a paixão como conteúdo próprio do humano, que não deveria ser extinto nem reprovado. A segunda vertente, derivada de Platão e do estoicismo, concebe a paixão como um obstáculo, empecilho, força que precisa ser vencida.

Na perspectiva de Aristóteles o homem virtuoso é, então, aquele que age em consonância com suas paixões, alcançando o equilíbrio *logos/paixão*. Já no estoicismo, nega-se a ideia de que as paixões seriam inerentes à natureza humana. Seriam, isso sim, obstáculos ao *logos* que deveriam ser reprimidos. Sendo assim, não seria possível fazer uso das paixões para o aprimoramento pessoal. Ao se tornar escravo de seu *pathos*, nada poderia ser feito para ajudar o apaixonado. No primeiro caso, é o sujeito quem deve dar conta de suas paixões, sendo este o responsável por permitir que a paixão apareça para tê-la, de certa forma, como aliada. Para a perspectiva platônica, o apaixonado não teria responsabilidade sobre o que faz, se tornando necessário, portanto, o aniquilamento da

paixão. Percebe-se, portanto, a divergência presente entre as duas vertentes mencionadas, onde a paixão tanto é tida como obstáculo a ser superado para que não ocorra o aprisionamento do indivíduo quanto força produtiva que alimenta o mesmo.

Segundo Ceccarelli (2003), o que está em jogo nestas duas posições, e que afeta tanto os que padecem de sofrimento quanto aqueles que se propõem a cuidar dele, é a questão da responsabilidade. Enquanto a posição aristotélica estende esta noção, a estoíca a restringe. Enquanto para um deve-se entender o *pathos* para tirar-se proveito dele, para o outro, ele deve ser destruído por tratar-se de uma doença. O interesse em simplesmente silenciar o *pathos-paixão* notado em boa parte das propostas de tratamentos curativos atuais sacrifica a oportunidade de compreensão de si mesmo. De acordo com a mesma autora, somente no final do século XIX e início do XX é que *pathos* passou a ser associado à patologia, tendo se perdido o sentido da experiência.

Ao comentar sobre a linha tênue que ainda separa os conceitos de *pathos* na atualidade – o passional e o patológico - seguida da predominância de seu sentido patológico, Ceccarelli (2000) utiliza a expressão *estrangeiro-interno*, afirmando que a paixão, em vez de ser integrada à vida do sujeito – posição ética –, é submetida a um procedimento que visa exorcizá-la – posição terapêutica. Como se não fosse possível reconhecer nesse *pathos* a manifestação de si mesmo, o indivíduo não trata a si, mas procura combater o suposto mal que lhe acomete. Neste contexto, para lidar com as paixões se parte do pressuposto de que estas seriam patológicas, não as compreendendo como parte do indivíduo com as quais ele tem que se haver. Trata-se de algo perturbador que foge completamente ao seu controle e que gera estranhamento pela falta de conhecimento de quem se é, pelo medo do desconhecido.

A preocupação em criar especialistas promove um maior conhecimento dos detalhes, mas também tem como consequência o risco de se perder de vista a totalidade do ser humano. Segundo Macieira (2009), “quando o profissional tem consciência da multidimensionalidade e complexidade do existir humano, percebe a necessidade de atenção e cuidados integrais ao ser que sofre, visando o equilíbrio das relações psicossomáticas” (Santos, 2009, p.237). Frankl (2009), por sua vez, já afirmava que corpo e soma formam uma unidade psicofísica que ainda não seria capaz de abarcar o todo do homem, sendo preciso incluir também o espiritual como base essencial.

Apesar da permanência de olhares que insistem em dicotomizar o homem, existem movimentos que comentam uma possível transição deste ponto de vista ao tratar de um período denominado *paradigma da complexidade*, como diz Edgar Morin (1996; 2005). Este ressalta a necessidade de convergência dos saberes a partir da transdisciplinaridade, onde ocorreria uma reversão do movimento separatista entre os campos científicos. A própria medicina já começa a reconhecer seus limites frente à necessidade de acolher o humano em suas manifestações anímicas. Por esta perspectiva se abre a possibilidade de aprofundamento do conhecimento sobre o humano, considerando que o corpo é psíquico e programando ações em prol da saúde psicofísica.

No que se refere ao clinicar médico, percebe-se que o debruçar sobre o paciente tem sido interpretado como função não objetiva e que, portanto, encontraria seu lugar entre outros fazeres como a Psicologia, por exemplo. Sendo assim, o olhar universalizante marca o predomínio de um pensar pragmático que acredita alcançar o objetivo de tratar a doença sem levar em conta o ser que a conduz. Birman (2000, p.46), a partir do pensamento foucaultiano, destaca a relação entre médico e paciente como sendo permeada pela singularidade. “Portanto, o colóquio singular entre médico e paciente não seria um mero adendo que pudesse ser descartado da estratégia da clínica, não constituindo, enfim, algo periférico do dispositivo desta”.

A ciência médica, assim, traz o espaço para o emprego da tecnologia associada a uma interpretação fenomenológica-hermenêutica, como menciona Gadamer (2011). Este modo de pensar e de fazer medicina não exclui uma abordagem biológica, mas além dela procura resgatar a arte dessa ciência que precisa manter viva a ideia de que “o corpo é não só um sistema biológico de relações causais, mas também um veículo de significado, um ser-no-mundo, que é vivido pela pessoa afligida pela doença à maneira de uma narrativa de vida” (Svenaesus, 2012, p.382).

Como autor de sua própria história, o paciente precisa se apropriar de sua vida e de tudo que ela abarca. Estar doente e buscar o restabelecimento da saúde se trata de responsabilidade do sujeito que se encontra enfermo. É ele quem pode curar a si mesmo. “Pensamentos, que são a energia da mente, influenciam diretamente a maneira como o cérebro físico controla a fisiologia do corpo” (Lipton, 2007, p.147). Doenças como o câncer trazem à tona a evidência do encadeamento das facetas do humano onde não é

possível a separação entre físico e psíquico. Ciente da importância de sua participação em todo processo de adoecimento e tratamento, o paciente se implica e reconhece sua potencialidade para conquistar o equilíbrio representado pela saúde. Seu modo de se posicionar frente à experiência vivida interfere positivamente ou negativamente em suas defesas física e psíquica.

Hoje em dia os pesquisadores partem do princípio de que células degeneram com relativa frequência, mas tornam-se inofensivas graças a um bom sistema de defesa. A fraqueza das defesas do organismo tem, portanto, um significado decisivo para o surgimento do câncer. De fato, é frequente encontrar em retrospecto um colapso das defesas justamente na época em que se presume que o tumor tenha surgido (Dahlke, 2007, p.68).

Com o desenvolvimento da prática médica foi sendo notado o quanto os aspectos psicológicos e sociais interferiam na incidência, evolução e remissão do câncer. Atualmente, a medicina que se propõe a tratar da pessoa com câncer de modo ético e digno já não abre mão da parceria com a Psicologia.

1.2 - O Câncer e a Psicologia

O adoecer de câncer traz a ideia comumente difundida de experiência dolorosa, onde a pessoa que traz a doença inevitavelmente sentirá todo o peso de um diagnóstico assombroso e de um tratamento devastador. Dessa forma, facilmente se explicaria a importância de um acompanhamento psicológico para aquele que possui tal patologia, onde se pensaria em um suporte emocional que pudesse acolher a pessoa que sofre.

Ao tratar de um paciente oncológico, o profissional de saúde não pode atuar isoladamente. Ele precisa fazer parte de um trabalho em equipe que represente não somente a atuação isolada de cada um de seus membros, mas um partilhar de ideias e ações que promovam um acompanhamento ético do indivíduo. Nesse patamar de atuação, o acesso à assistência psicossocial não deve ser visto como elemento complementar e acessório da assistência integral à saúde, mas como condição também necessária para tal. (Neto & Araujo, 2008).

De fato, o lugar ocupado pela Psicologia na assistência aos pacientes oncológicos é de grande valor, mas a função do psicólogo não se limita a dar conta de uma demanda de sofrimento. Cabe ao profissional de psicologia oferecer espaço para o reencontro consigo

mesmo, onde o paciente possa acessar sua história, não como expectador que assiste ao fatídico de sua existência, mas como autor responsável por seu modo de ação no mundo e que, portanto, pode escolher como se colocar nesse caminho.

Enquanto fenômeno que circula pelas mais variadas instâncias, o adoecer constitui uma experiência do humano que possui caráter científico, mas principalmente singular, pois age em consonância com o esforço empregado por cada indivíduo no seu processo de autoconhecimento e busca por sentidos. Percebe-se, portanto, que a busca por integração se mostra indispensável para aquele que intenciona entrar em contato com sua verdade, conhecendo e se aprofundando em todos os seus aspectos de vida: sombra e luz, doença e saúde.

A doença, para Foucault (1975), tanto em designações psicológicas como orgânicas, se refere à situação global do indivíduo no mundo, sendo também uma resposta global deste homem que é tomado e considerado em sua totalidade psicológica e fisiológica.

“O ser humano adoecer sempre como uma totalidade e então o câncer tem um significado dentro da história pessoal do paciente e, muitas vezes, se constitui na única maneira suportável de viver por ser mais acessível às deficiências adaptativas do indivíduo” (Angerami-Camon, 2004, pp.78-79).

Para Augras (1996), patológico é o momento em que o ser permanece preso à mesma estrutura, sem mudança e sem criação. Nessa perspectiva, estabelecer o diagnóstico é identificar em que ponto desse processo se encontra o indivíduo, detectar as eventuais áreas de parada ou de desordem, e avaliar as suas possibilidades de expansão e de criação. “A grande oportunidade está em decifrar o padrão de vida no qual o câncer tornou-se necessário” (Dahlke, 2007, p.86).

Groddeck (1992) afirma que “a doença não existe como entidade, mas somente como expressão da totalidade do homem” (Ramos, 2006, p.68). Curar, para o autor, significa interpretar corretamente o que essa totalidade está tentando expressar através dos sintomas e ensinar-lhe um modo menos doloroso de auto expressão.

Não há dúvida de que o avanço tecnológico trouxe inúmeros benefícios para o tratamento de doenças graves como o câncer. Encontrar recursos que colaborem com a melhora da qualidade de vida daqueles que sofrem pelo adoecimento é de extrema importância, mas nada substitui o olhar abrangente para o indivíduo. Supervalorizar o técnico em detrimento do humano pode gerar o oposto do que se almeja nessa busca por melhorias. Olhar para o ser em suas múltiplas facetas não é postura que deva se restringir ao trabalho desenvolvido pelo psicólogo, mas missão que deve fazer parte da atuação de qualquer profissional de saúde que se atualize em sua função de cuidar. “Somos campo de força e ação, não realidades separadas” (Quintas, 2013, p.91).

Para que o serviço prestado pela Psicologia possa alcançar, no entanto, dimensões que vão além do sofrer é preciso dar voz também à dor sentida, dor essa que se refere aos diversos procedimentos que fazem parte do tratamento, mas principalmente à dor por não caber num corpo que já não responde como antes. Numa sociedade onde farta é a proposta de se evitar a dor, percebe-se também o risco de se evitar o humano. Enquanto porta voz do sentir, o psicólogo pode facilitar não somente o livre expressar, mas também a oportunidade de transcendência encontrada em qualquer ocasião de vida.

Se a dor não tem lugar no mundo moderno, a experiência também não terá. Isso ocorre pelo fato de que a experiência é imbuída por si própria de *pathos*, pois ela expõe o ser à sua finitude, de forma que não há como passar pela experiência sem ‘provar’ do sofrimento. Entendendo a experiência como um processo do ser humano permeado por mudança, abertura, alteridade e *pathos*, ela demanda um voltar-se a si próprio, e esse voltar-se traduz-se necessariamente num tatear os limites do ser (Pelizzoli, 2013, p. 22).

Apesar das influências culturais, cada experiência de adoecimento é vivenciada de maneira única, idiossincrática. O sentido atribuído é construído a partir da concepção de cada indivíduo no que diz respeito ao seu lugar no mundo, objetivos, momento de vida. Merleau-Ponty (1999) afirma que não basta que dois indivíduos conscientes tenham os mesmos órgãos para que em ambos as emoções sejam representadas da mesma forma.

De acordo com Capalbo (2003), para Merleau-Ponty a vida corporal e o pensamento se expressam de modo contínuo e recíproco, isto é, os eventos, na ordem corporal, trazem sempre um significado a ser desvelado pela consciência. Como foi dito por Jung (1934/1939), “Não fuja e não nos tornemos inconscientes dos fatos corporais” (Zimmermann 2009, p.11).

Atualmente, já se sabe que há uma relação evidente entre as emoções e o desenvolvimento do câncer como elemento que contribui para a eventual baixa da eficiência do sistema imunológico (Veit & Carvalho, 2008).

Seguindo essa linha de pensamento, cada vez mais autores trazem suas perspectivas não dicotomizadas, onde o adoecer ou o estar saudável não se restringem a movimentos do orgânico ou do psíquico. Como pontua Liberato (2008, p.234), “A sabedoria está no corpo, a inteligência está em cada célula do corpo. A psique se estende pelo corpo”.

Sendo assim, de acordo com a maneira pela qual o homem elege se posicionar no uso de seu corpo e de sua psique, diferentes serão os desdobramentos encontrados. Neste sentido, é reconhecida a complexidade da vivência do câncer, que muito se empobrece ao ser reduzida ao acontecimento de um órgão afetado. Quando o paciente oncológico pode ter este tipo de compreensão ele passa a ser agente ativo de mudanças em sua vida, mesmo quando o seu prognóstico não lhe traz a perspectiva de cura biológica. “As chances de acabar com o câncer são muito melhores quando toda a pessoa admite o confronto e não envia unicamente o corpo como seu representante na batalha” (Dahlke, 2007, p.71).

Frankl (2012) afirma que nós, profissionais, não podemos receitar para os pacientes o sentido da vida, mas nos deixa com a tarefa de tornar compreensível o fato de que nossa vida pode ser dotada de sentido, em qualquer circunstância, até o último instante. Diante de vivências que o remetem à finitude, o homem pode também questionar aquilo que Frankl nomeia como *vontade de um sentido derradeiro*. Para o psiquiatra (2009), é justamente essa vontade de sentido que tem sido amplamente frustrada, atualmente, gerando no ser humano a sensação de falta de sentido que traz como consequência o vazio interior, que é denominado pelo autor como vazio existencial. O mesmo segue destacando que o vazio existencial pode ser melhor compreendido como uma neurose sociogênica, onde a sociedade industrializada busca satisfazer todas as necessidades humanas possíveis tendo a sociedade de consumo como criadora de necessidades que possam depois ser por elas satisfeitas.

Seja ele qual for, o sentido se apresenta como estruturante na vivência de quem o busca. A condição do estar doente ou saudável traz em si possibilidades únicas de atribuição de sentidos que precisam ser encontrados pelo próprio indivíduo, visto que cabe

a ele esta tarefa de se relacionar com seus símbolos, que nada são se não estiverem inseridos num contexto. Para Cecarelli (2003), trata-se de “criar” uma psicopatologia própria para cada sujeito, que lhe permita transformar em experiência as manifestações de seu *pathos*.

No epicentro da psicopatologia fundamental [...] encontra-se o patêi mathos esquileano: aquilo que o sofrimento ensina. Trata-se de resgatar o pathos, como paixão, e escutar o sujeito que traz uma voz única a respeito de seu pathos transformando aquilo que causa sofrimento em experiência, em ensinamento interno. Transformar o pathos em experiência significa, também, considerá-lo não apenas como um estado transitório, mas, e talvez, sobretudo, como ‘algo que alarga ou enriquece o pensamento’ (Berlinck,1998, p. 54).

Como esclarece Quintas (2013), a partir dessa perspectiva, a teoria deixa de ser absoluta e se torna relativa. É preciso lidar com a questão do sentido, e não com causas explicativas que apenas alimentam o conhecimento. Causas explicativas representam resultados, certezas, ou seja, o homem pronto que só encontramos nos livros. “O que é possível fazer é dar a entender ao paciente que até o último momento a vida tem a possibilidade de ter sentido, sob quaisquer circunstâncias e condições” (Frankl, 2009, p.102).

Atuar em Psicologia convoca o profissional a caminhar junto ao paciente, servindo de ponte para que o mesmo realize a necessária travessia de sua dor e alcance o sentido da experiência vivida. Como descreveu Frankl (2011b, p.10), a vida possui um sentido específico para cada indivíduo, que perdura até o último suspiro. O psicoterapeuta poderia, portanto, levar para o paciente a concepção de que “a vida se mantém cheia de sentido, sob quaisquer condições”.

O ser/paciente pode expor sua dor exatamente como está sendo sentida, vivida e qual o sentido que ele mesmo dá ao problema. Estou o tempo todo implicada com a tarefa existencial que vai para além das palavras, vou acompanhando a expressão viva daquilo que ele, o ser/paciente, quer e pode me comunicar (Quintas, 2013, p.105).

1.3 - O Câncer e a Existência

“A falta de sentido embaça, desestimula o projeto existencial, fragilizando o homem e abrindo espaços para a possibilidade da doença” (Castro et al. 2002, p.168).

Quando o homem está enfermo, ele pode iniciar um processo de indagações acerca de tudo aquilo que ele concebe como fazendo parte de sua existência. Estar no mundo lhe traz a imposição da liberdade de escolha no que se refere ao seu modo de se posicionar frente àquilo que lhe acontece, inclusive o adoecer. Diante desse fato, compreende-se o motivo pelo qual variadas são as respostas dadas à vida por aquele que se vê com um diagnóstico de câncer. Para que o psicólogo alcance uma escuta fidedigna que realmente considere as idiosincrasias de cada indivíduo é preciso estar atento a como se dá o desvelamento desse fenômeno para cada um que o vivencie. Trata-se de um encontro existencial entre o paciente e o profissional que, como diz Quintas (2013, pp.66-67), “É aquele baseado na relação de espontaneidade, entre subjetividades, objetivando o acontecer humano, no aqui e agora vivencial, no campo perceptivo-existencial do paciente, cuja energia poderá fluir e ser transformadora”. Seguindo esta linha de pensamento onde a doença traz em si um sentido, a ação médica deixa de se limitar à localização da parte doente do corpo, mas passa a incluir a compreensão de um fenômeno e seu significado existencial.

A fenomenologia, como método, recoloca o homem na sua condição existencial, buscando compreendê-lo na sua ‘facticidade’, aceitando como modo constitutivo de seu ser no mundo, o caráter de mutabilidade e relatividade, enfim a fluidez do seu existir. Neste sentido mostra-se a necessidade das ciências da saúde ampliarem o modo de conceber seus estudos sobre o homem, passando a considerá-lo na sua vivência, na sua totalidade e no seu fluxo no tempo, com seus entrelaçamentos existenciais, incorporando sua historicidade (Castro et al. 2002, p.164).

Campos (1995) refere que a enfermidade é consequência do modo de ser das pessoas, a expressão máxima de sua crise existencial, sendo que a doença já se encontraria em processo de elaboração antes mesmo de sua manifestação.

Desse modo, alguns autores consideram que a doença oculta em si o próprio caminho pelo qual a pessoa precisa percorrer. Quanto maior a consciência do indivíduo, mais precisamente ele encontrará as mensagens que estariam guardadas nessa manifestação do humano (Dethlefsen & Dahlke 2010).

É natural que alguém doente deseje reconquistar a saúde, a ponto de lhe parecer que este seja o supremo objetivo da vida. Mas na realidade a saúde é apenas um meio para um fim, uma precondição para que se obtenha qualquer coisa que possa ser considerada com significado em um determinado contexto e situação. Em tal caso é preciso estabelecer qual seja o fim que está além dos meios (Frankl, 2005, p.26).

Em sua experiência com grupos de pessoas com câncer, Silva (2009) tece os seguintes comentários: “Percebi que a doença desperta uma profunda angústia, muitos medos e incertezas. Sentia, a cada encontro nos grupos, a presença da morte a lhes exigir um paciente trabalho de avaliação e reconstrução de sentidos existenciais” (p. 11).

Ao trabalhar com o paciente acometido pelo câncer, o psicólogo pode oferecer um espaço e uma escuta própria que facilite o resgate de sua condição de ser que cuida de si. A partir dessa oferta ele pode encontrar segurança para sair do lugar de dependência existencial e buscar sua organização interna, alterada ou interrompida pelo adoecer (Quintas, 2013).

Sabendo que a existência também se dá através do corpo, saúde e doença são processos humanos esclarecedores do modo de ser da pessoa e de suas escolhas durante sua história de vida. Percebe-se, porém, que ao tratar da temática saúde-doença não se pode restringir o processo de cura ao sistema biológico. Através do trabalho junto a pessoas que portam algum tipo de enfermidade é possível considerar que mesmo quando não se tem a cura biológica é possível se verificar o desenvolvimento de um processo de cura existencial. Trata-se do que Frankl (1978) denomina como *Homo Patiens*, quando ele caracteriza a vida como uma pergunta que aguarda respostas que devem ser dadas pelo homem ao assumir a responsabilidade de sua existência. Neste caso, o homem que sofre, o *Homo patiens*, é o interrogado. Não lhe cabe perguntar, e sim responder à pergunta representada pelo sofrimento. “O indivíduo que sofre não é capaz de plasmar seu destino exteriormente, mas justamente o sofrimento lhe oferece a oportunidade de superar interiormente o destino, transpondo-o do campo fatural para o existencial” (p. 240). Sendo assim, se o indivíduo aceita o sofrimento, ele o transcende.

Frankl (2011) também comenta sobre a necessidade primeira do indivíduo em possuir significado para sua existência ao afirmar que a vida, bem como o sofrimento que nela se encontra, possuiria um sentido a ser desvelado. “A saúde não é o objetivo, e não é o todo do caminho. O caminho? A vida, e ela só, e inteirinha”. (Comte-Sponville, 1997, p.74).

Aposto no homem, no diálogo que busca descobrir como aquele ser, em sua singularidade, responderá aos seus dilemas e as questões da sua própria existência. Essa verdade, sim, tem o poder transformador. Pede uma decisão consciente e responsabilidade por suas

escolhas, e esse é o ponto fundamental do pensamento existencialista (Quintas, 2013, p.82).

2.A HOSPITALIZAÇÃO E SEUS DESDOBRAMENTOS

“O hospital põe a morte à distância, para os outros, para os saudáveis, a tal ponto que eles acabam, por vezes, esquecendo-a. [...] Pobres crianças que somos! Outros, contra a angústia, se entopem de ansiolíticos, outros se atordoam no trabalho ou no prazer... Fingem não morrer, e é a isso que chamam sua saúde.” (Comte-Sponville, 1997, p. 67).

“A existência como fato, os acontecimentos do cotidiano e também, a doença na existência de qualquer um. Esse é o contexto hospitalar” (Quintas, 2013, p.89). Espaço rico para o autoconhecimento, o hospital serve de cenário para o contato do homem com sua fragilidade e finitude, enquanto corpo. Como ser, ele encontra momento oportuno para acessar sua força e capacidade de se recriar. Importante é perceber que esses processos não se referem apenas àqueles que são nomeados como pacientes, mas envolvem também os profissionais de saúde, que ao desenvolverem suas funções se deparam com verdadeiros “espelhos” de vida.

Devo dizer que estar com eles, pacientes/sofrentes, fez me exercer muito mais que uma tarefa. Considero ter estabelecido verdadeiros encontros. Diante da dor e do sofrimento, havia algo que não era meu, mas que me parecia muito familiar. Silenciosamente, eu os acompanhava e compreendia com uma atitude fenomenológica de abertura, disponível para a escuta, linguagem compartilhada, que é do humano cuidando de outros humanos (Quintas, 2013, p.83).

Conforme menciona Campos (1997), num primeiro momento da história dos hospitais, o conhecimento dos profissionais era mais sobre o doente do que sobre as doenças. Na atualidade, Mercer (2011) aponta para o fato de que o hospital nem sempre se figura como lugar de acolhimento. Ao ser referido, predominantemente, por sua estatística financeira, sua função de hospitalidade acaba sendo negligenciada e as necessidades humanas passam a serem vistas como rentáveis ou não rentáveis. O poético da arte de cuidar perde seu sentido.

O que se pensa quando a palavra é hospital? Estar internado é uma experiência que pode despertar diversos sentimentos que perpassam pela sensação de desamparo,

desconforto físico, medo, ansiedade e perda do que, até então, se tinha como referenciais de vida (Veit & Barros, 2008).

Nesse percurso, é vivida relação de ambivalência do paciente no que se trata de sua permanência numa instituição hospitalar devido às representações diferentes desse espaço. Lugar onde o sofrimento pode se apresentar através da rotina de procedimentos invasivos e sensação de despersonalização, o hospital também se configura como o local de assistência necessária para quem almeja a cura ou conforto, em algumas circunstâncias. Para o paciente oncológico, a hospitalização pode trazer impressões variadas que repercutem em todo processo de adoecimento e tratamento.

De acordo com Wanderbroocke (2011), ter conhecimento das representações sociais acerca do câncer e de uma instituição que se propõe a tratá-lo permite maior aproximação do que é vivido pelo paciente desde o momento do diagnóstico e durante o processo de tratamento. O psicólogo pode, junto ao mesmo, facilitar a elaboração do adoecimento e de suas consequências.

Com a finalidade de manutenção e sustentação da vida, o cuidado possuía na antiguidade uma perspectiva ontológica que se ocupava do SER. Com o passar do tempo, a prática desse cuidado vem sendo desenvolvida com a ampliação do espaço da técnica, a qual é idealizada como ponto seguro para a consolidação do que se concebe como ciência. A partir daí, percebe-se nas instituições hospitalares a oferta de um cuidado cada vez mais especializado, compartimentalizado. Enquanto há ganhos inegáveis no que se refere ao repertório de ações possíveis no tratamento de doenças graves como o câncer, por exemplo, nota-se que o cuidado primordial vem sendo solicitado de volta nos contextos de saúde. A política de humanização tão difundida nesses ambientes revela a necessidade do homem de resgatar sua base de acolhimento, evidenciando que a exclusividade da aplicação técnica não é suficiente para o ser integral.

Silva (2009) pontua que o cuidado é o que nos faz existir, não se restringindo a algo que perpassa e fundamenta apenas as ações em saúde, mas também a própria existência. “Aquele que já não domina seus movimentos e percebe que alguém ajeita o seu travesseiro ou arruma a sua coberta sente-se respeitado e acolhido. A mão que alivia

mostra ao outro que ele é uma pessoa. O sujeito está doente, não é a doença” (Mercer, 2011, p.39).

No cenário hospitalar se torna fundamental o questionamento quanto às perspectivas dos diferentes profissionais de saúde no que se trata de suas percepções sobre o ser humano. Para Ramos (2006), seria um reducionismo considerar que há doenças de causas puramente psicológicas ou puramente orgânicas. Existiria sempre um pluralismo na observação de qualquer fenômeno, havendo, portanto, uma tendência a considerar todas as doenças como psicossomáticas, na medida em que elas envolvem a inter-relação contínua entre corpo e mente na sua origem, em seu desenvolvimento e sua cura.

Quando o profissional da área da saúde e o paciente conseguem compreender que simultaneamente à manifestação orgânica há no plano psíquico importantes eventos desencadeadores e até mesmo mantenedores da enfermidade, buscando quais são esses elementos e confrontando-os de modo sincero, pode-se corrigir o desenvolvimento unilateral que contribui para a aparição da doença e, dessa maneira, se aproximar da cura (Bilotta & Amorim, 2012, p.9).

O que encontramos nas situações de hospitalização, seja por parte do próprio paciente ou por parte de seus familiares, é, muitas vezes, “um sofrimento destituído de sentido que, por sua vez, pode levar ao desespero”, como dizia Frankl (1989 *apud* Aquino 2012, p.213).

Na intenção de cuidar, o psicólogo pode ser um grande colaborador na tarefa de facilitar que o paciente possa encontrar o sentido da experiência vivida, inclusive o sentido de sua hospitalização. Como pontua Neme (2010), o objetivo fundamental do atendimento psicológico, principalmente dos pacientes no leito, que costumam se encontrar mais debilitados, é o de ofertar uma escuta clínica voltada para a vida, mesmo quando se trata da inevitabilidade ou proximidade da morte. Em uma atitude fenomenológica, de abertura à experiência presente do paciente, é buscada relação de empatia e de apoio que permita o fortalecimento de seus recursos saudáveis, o enfrentamento da doença e seus desdobramentos. Quando possível, o psicólogo também procura favorecer a ampliação da compreensão das vivências atuais e da história de vida do paciente internado, localizando ansiedades, angústias, conflito e outros elementos que promovem sofrimento. Ele colabora com a resolução de crises daquele momento, estados emocionais que exercem influência negativa no tratamento da doença e outras necessidades afetivas.

[...] A prática clínica psicológica em instituições reinventou as ações próprias da clínica tradicional, fugindo dos modelos assistenciais, inserindo-se às equipes de saúde e realizando sua prática no ambiente das enfermarias, onde tudo acontece. No âmbito hospitalar, o psicólogo realiza ações adequadas a esse novo campo de atuação [...]. Atua na tríade paciente, família e profissionais de saúde modificando, portanto, antigos paradigmas da metafísica, que fragmentam o homem e separam corpo/mente, para intervir nas dimensões biopsicossociais do sujeito enfermo. Assim, nos aproximando da dor/sofrimento do paciente, e do saber de outros profissionais, podemos compreender de forma mais profunda o sofrimento humano, pelo viés do cuidado e avançar no conhecimento [...] (Souza& Morato, 2009, p. 166).

3.SENTIDOS DO ADOECER: ENCONTROS E DESENCONTROS

“Esse novo paradigma, amparado no Humanismo, na Psicologia Existencial e na Fenomenologia como método, possibilitou uma clínica psicológica potencialmente transformadora em relação ao ser processual e mutável no seu agir, no pensar e no poder se expressar, pela linguagem e pelas narrativas, na relação e nos vínculos terapêuticos, ou seja, no encontro existencial” (Quintas, 2013, p.66).

O câncer é normalmente atrelado à concepção de sofrimento, dores, perdas e morte. Quando se trata de paciente com câncer, muitas são as questões que surgem envolvendo as instâncias social, econômica, orgânica, cultural, psicológica e ética; além de perdas gerais em decorrência do tratamento (Wanderbroocke, 2011). Ao se perceber numa condição de sujeito que está doente, o indivíduo procura diferentes modos de se posicionar frente ao fato, algo que traz um sentido peculiar para cada um, apesar daquilo que se tem como esperado num processo de adoecer com câncer. As generalizações servem para uma aproximação daquilo que se almeja conhecer melhor, mas só a experiência vivida pode trazer a verdade própria do evento quando este passa a fazer parte da vida de alguém. Mesmo que se tente imaginar que tipo de postura adotaríamos numa circunstância como essa, nada traz preenchimento suficiente para qualquer tipo de certeza.

O homem é um ser que busca respostas. Com sua capacidade intelectual ele tenta alcançar o domínio dos mais variados fenômenos que ocorrem no Universo. Desde a infância, o ser humano inicia suas indagações, que nunca mais terão fim. Percorrer os mais diferentes caminhos nessa busca transmite a ideia de que quanto mais conhecimento se adquire, mais perto se chega da verdade. Diante do adoecer, esse movimento pode se tornar ainda mais intenso, pois o homem anseia por causas que lhe tragam a informação acerca do que estaria acontecendo consigo. Tentando ter de volta o “controle” da situação,

ele pode buscar variados horizontes ilustrados por médicos, pesquisas ou pessoas que também se encontram enfermas. Após rodar por “todo o mundo”, o ser humano pode fazer o caminho de volta e se recordar do único lugar no qual ainda não se tornou um desbravador aventureiro – o universo de si mesmo.

Para a contemporaneidade, falar sobre o adoecer não tem sua importância restrita ao próprio fato. É inegável que se olhar só para si, o homem perderá a noção do todo que lhe constitui e que é constituído por ele. Sendo assim, estar doente é uma condição que não fala apenas do José ou da Maria. Fala de uma sociedade, um mundo onde uma de suas línguas é o adoecer. Como toda língua é permeada por seus significados, é possível se considerar que estando doente o ser humano evidencie o movimento do seu tempo. E que tempo é o de hoje? O fenômeno do adoecimento caminha junto com a evolução do homem, mas é a sua forma de vivenciar esta experiência que marca o momento histórico.

Ao tratar a temática do câncer, Capra (2012, p. 146) destaca que “Qualquer influência nociva do meio ambiente envolve o organismo como um todo, incluindo estado psicológico e o condicionamento social e cultural da pessoa”. Todos esses fatores são significativos no desenvolvimento do câncer e têm que ser levados em conta para se entender a doença.

De acordo com Sá (2012), poucas experiências motivam tanto o homem a lutar pela preservação de suas vidas e serem úteis quanto a vivência de uma enfermidade potencialmente letal. Como é de conhecimento geral, o câncer é uma das doenças que carrega em si o rótulo dessa potencialidade devido à sua morbidade e mortalidade ainda elevadas (Silva, 2009).

Conforme Turato (2003, p.248), “numa experiência de vida, tal como, por exemplo, o acometimento por uma doença, entendemos que esta traz significações múltiplas, sejam elas conscientes ou inconscientes, para a pessoa que vivencia ou para aquele que observa e percebe o fenômeno da enfermidade no outro”.

Critelli (2012) afirma que o pensar é compreensão quando tem como fim o entendimento do sentido de algo ou de uma situação para que seja possível o lidar com. Diante de eventos inesperados que abalam a forma cotidiana e habitual de entender e ser, o

homem se sente perplexo e paralisado como se tivesse perdido seu lugar no mundo. Seria aí, propriamente, que a compreensão começaria.

Por considerar minha participação enquanto pesquisadora que também se implica, faço uso, neste capítulo, da expressão em primeira pessoa, sinalizando a afetação encontrada, principalmente, nesta etapa do trabalho onde é feita a análise dos dados. Saliento, no entanto, que transmitir aquilo que tenho vivenciado enquanto psicóloga hospitalar e pesquisadora se figura como grande desafio, tendo em vista que cada acontecimento transcende qualquer palavra da qual possamos fazer uso nesta comunicação.

Falar sobre qualquer tipo de doença poderia servir para os propósitos dessa pesquisa, onde o foco se encontra na experiência das pessoas, e não na própria patologia. No entanto, a partir da minha experiência enquanto psicóloga hospitalar, foi no adoecer de câncer que diversos sentidos de vida vieram à tona durante os atendimentos, suscitando o meu interesse em me aprofundar nesse mundo. Foram encontros existenciais que me permitiram enxergar pessoas – algo que pode parecer óbvio, mas que, quando se tem à frente corpos debilitados, prognósticos ruins e espaços como o de uma enfermaria oncológica, pode significar muito. E quando essas pessoas também conseguem nos ver como tais, e não apenas como profissionais que ali se encontram cumprindo seus afazeres, temos uma oportunidade ímpar de desenvolver um encontro único, capaz de modificar aquilo que antes parecia imutável: o modo como vemos ou como sentimos o mundo e a nós mesmos. O “fraco” se fortalece, o “forte” se enfraquece, o “belo” se sente feio, o “feio” se sente belo, o que achava que não amava começa a amar, o que se via sozinho se sente acolhido, o que se via cercado de gente se sente só. E é assim que cada um vai seguindo sua jornada de vida. Retirando, algumas vezes, o véu de Maia (véu da ilusão), em outros casos, o colocando para tentar não sentir dor.

Existem registros que sinalizam o câncer como uma doença que existe há milhares de anos. Além de fósseis de dinossauros que trazem lesões correspondentes com o diagnóstico da doença, também foram encontrados, em diferentes partes do mundo, desenhos e escritos primitivos que constituem descrições de variados tipos de cânceres (Silva, 2009).

Como um movimento cíclico onde se faz necessário o resgate de algo já presente desde a origem, a humanidade mostra hoje uma sede por reencontrar aquilo que já se via na antiguidade. Os médicos não se detinham aos aspectos biológicos, mas consideravam também fatores como o ambiente e a cultura, além de aspectos sociológicos, familiares, psicológicos e espirituais (Landskron, 2008).

Com o intuito de compreender a experiência do adoecer a partir de pessoas com câncer hospitalizadas, foi realizada pesquisa qualitativa, de cunho fenomenológico, tendo como referencial teórico Viktor Frankl, fundador da Logoterapia. As narrativas foram interpretadas a partir da perspectiva de Dulce Critelli, no que se refere ao movimento de desvelamento do fenômeno, e de Gadamer, com sua noção de conversação e fusão de horizontes. Para isso, a pesquisadora desenvolveu sua coleta de dados em um Hospital-Escola de referência da cidade do Recife – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Foi possível contar com a colaboração de seis participantes (pacientes oncológicos), sendo três do sexo masculino e três do sexo feminino. Estes se encontravam hospitalizados na ocasião da coleta.

Considerando o uso do método qualitativo aplicado em settings da saúde, é fundamental para o investigador o acolhimento à pessoa numa atitude clínica, valorizando a existência das angústias e ansiedades dos sujeitos participantes da pesquisa como um elemento básico de interesse do pesquisador (Turato, 2003).

Conforme Freitas, Araújo, Franca, Pereira e Martins (2012), a Fenomenologia é um método de transcendência em seu movimento constante de desvelamento do ser, do mundo e do ser-no-mundo. É um constante conhecer-se que passa pelo corpo que não pode ser compreendido como um simples organismo.

Sabe-se que “a Fenomenologia surgiu como movimento filosófico a partir da obra de Edmund Husserl, provocando um profundo impacto não apenas na filosofia, mas influenciando, decisivamente, a forma como o homem pensa a si e ao seu mundo” (Giorgi & Souza, 2010, p.33). Indo além dos limites da ação, ela questiona também outras esferas da vida, como a ciência e a sociedade, além de influenciar diferentes escolas de Psicologia. Para compreender o objeto de estudo da Psicologia Fenomenológica é preciso resgatar o princípio de intencionalidade, adotado por Husserl a partir de Brentano. De acordo com os

autores citados acima (2010, p.40), tal noção transmite a ideia de que “a consciência está, permanentemente, projetada para fora de si mesma – dirigida a um objeto”. Sendo assim, o objeto de estudo da Psicologia Fenomenológica é a vivência intencional, sentido da experiência humana. O fenômeno é compreendido como o aparecer do objeto, o surgir de sua vivência intencional, e não como o próprio objeto da experiência. O filósofo Martin Heidegger, por sua vez, também se inspirou no pensamento husserliano ao tentar descrever os fenômenos de acordo com suas maneiras de aparecimento e modos de exibição. Dessa forma, a noção de intencionalidade desenvolve um papel fundamental. “Heidegger apreende a partir do pensamento de Husserl, que considera a intencionalidade uma dimensão constitutiva estrutural da consciência, de modo que esta não pode ser pensada de maneira insular, como se fosse uma mônada fechada sobre si própria, contraposta ao mundo dos objetos que ela mesma representa” (Giacóia Jr., 2013, p. 34).

Conforme Critelli (2007), a partir dessa circunscrição da fenomenologia torna-se possível a configuração de uma metodologia fenomenológica de conhecimento denominada pela própria como Analítica do Sentido.

A filósofa refere em sua teoria que tudo o que há só chega à sua plena existência, isto é, torna-se real quando ocorrem as seguintes etapas: desvelamento, revelação, testemunho, veracização e autenticação. O desvelamento ocorreria quando algo é desocultado. A revelação seria o momento em que algo é acolhido e expresso através de uma linguagem. O testemunho se dá quando este algo é visto e ouvido por outros. A veracização diz respeito a algo referendado como verdadeiro por sua relevância pública. Por fim, a autenticação se dá diante da efetivação em sua consistência através da vivência afetiva e singular dos indivíduos.

As etapas fundamentadas por Critelli implicam uma relação de aproximação e responsabilidade entre o narrador e o ouvinte, pois legitima ou não a compreensão do fenômeno identificado por ambos, tendo em vista a necessidade de interlocução permanente entre participante e pesquisador na ação e no sentido de experiências vividas. Por meio do que está sendo desvelado e revelado por este, testemunhado, autenticado e veracizado por ambos, o encontro e o cuidado do pesquisador se fazem presentes e possibilitam que a intervenção clínica seja possível.

Dando continuidade às ideias apresentadas por Critelli, foi utilizada também a hermenêutica filosófica de Gadamer como recurso durante a análise dos dados. Na concepção do referido filósofo, pesquisador e pesquisado trazem como bagagem suas tradições permeadas pela história de vida e conceitos prévios de cada um, que atuam enquanto constituintes não sendo possível a retirada de tal material. Gadamer trabalha com a ideia de fusão de horizontes, que pode ocorrer, ou não, durante a ocasião de uma entrevista de pesquisa, por exemplo. Nesta fusão, um novo horizonte emerge trazendo consigo novos significados para a experiência vivida. “O que nunca devemos esquecer é que sempre somos parte daquilo que buscamos compreender” e que, sendo assim, nossa compreensão é permeada por tudo o que trazemos conosco em nossa trajetória de vida (Lawn, 2007, p. 59).

Abordando agora a concepção frankliana acerca do que seria o sentido, se tem a ideia de que o homem possui a necessidade primeira de significado para sua existência ao afirmar que a vida, bem como o sofrimento que nela se encontra, possuiria um sentido a ser encontrado. De acordo com Frankl (2011), o sentido não significa algo abstrato, inatingível. Trata-se de um sentido concreto de uma situação com a qual uma pessoa também concreta se vê confrontada. Nesta pesquisa foi percebida, a partir das narrativas de alguns participantes, a busca por sentidos que lhes trouxessem respostas para suas situações de adoecimento ao se verem desestabilizados diante de algo que lhes relembra sua finitude.

Souza & Morato (2009) questionam: se o paciente deixar de acreditar em sua capacidade de superação, poderia ele não reagir ao sofrimento e entregar-se à morte? O próprio Frankl (2011) responde dizendo que conhecendo as relações existentes entre a condição emocional de uma pessoa e a imunidade de seu organismo compreenderemos os possíveis efeitos fatais de uma súbita entrega ao desespero e ao desânimo. Vale destacar este ponto para ratificar a importância do aprofundamento na questão do adoecer como fenômeno inerente ao existir.

3.1 Cenário da Pesquisa

O Hospital onde foi realizada a coleta de dados foi fundado em 1960 por um grupo de médicos. Trata-se de uma entidade filantrópica com atendimentos 100% SUS (Serviço

Único de Saúde) que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária. Entre os 12 prédios que fazem parte desse Complexo Hospitalar se encontra o Hospital Pedro II, onde estão localizadas as Enfermarias de Oncologia Masculina e Feminina, ambas de adultos, com 16 leitos cada. Cada enfermaria conta com um espaço amplo onde se tem também um posto de enfermagem e sala de evolução de prontuários. Os pacientes ficam na presença de seus acompanhantes, 24 horas, além de contarem com a equipe de saúde. Esta é formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicóloga, residentes e estudantes estagiários.

A população internada nas enfermarias oncológicas pode ser proveniente de outros setores do Hospital ou do próprio ambulatório de Oncologia. São pacientes que, devido a sua condição clínica, não apresentam condições de permanecerem em seus lares, necessitando de um acompanhamento hospitalar. A partir de sua experiência prática, a pesquisadora percebe as especificidades da experiência das pessoas com câncer que necessitam de internamento em relação àquelas que não possuem tal demanda. Por esta razão o hospital foi eleito como campo de pesquisa.

3.2 Participantes a Bordo

Para a caminhada nesta temática, trago algumas contribuições da teoria frankliana, e de demais autores, que nos ajudam a compreender o modo pelo qual o ser responde aos questionamentos realizados pela vida, inclusive quando se vê confrontado com algo irremediável, tal como o adoecer ou a ideia da própria morte.

Para que seja realizado o movimento de compreensão almejado, trago inicialmente as impressões registradas em diário de campo acerca de cada sujeito participante da pesquisa, bem como do próprio momento em si onde se deu o encontro para a entrevista. Em seguida, trago eixos temáticos emergentes, a partir das narrativas obtidas, com o intuito de facilitar a interlocução com a teoria que, como linha e agulha, costuram os fenômenos percebidos sem desejar, no entanto, que estes se fechem em tais teorias que não dominam a grandiosidade da vida narrada.

Os nomes citados são fictícios, visando manter o sigilo acordado com os participantes da pesquisa no que se refere à autoria das narrativas trazidas:

DAVID

Hipótese diagnóstica: Carcinoma urotelial invasivo de alto grau/ Câncer de próstata.

Idade: 84 anos.

Tempo de internamento: 17 dias.

O paciente entrevistado logo quis dividir comigo suas histórias. Notei que ele não queria se deter na história do câncer. Queria me falar sobre sua vida e o orgulho que tinha em ser quem é. Trouxe como preocupação seu filho de nove anos. Fora isso, não teria medo de morrer. Fala da família como algo estruturante. Sente-se bastante acolhido na enfermaria, tanto pelo tipo de assistência prestada quanto pelo vínculo positivo que teria estabelecido com as pessoas da equipe. Trouxe discurso de confiança em sua recuperação, apesar de ter falado sobre a seriedade do médico que lhe comunicou o diagnóstico. Confia no trabalho da equipe. Traz também como fonte de fortalecimento a sua fé em Santo Antônio. Depois da entrevista, fez questão de me mostrar a foto do seu filho e as mágicas que sabe fazer. David fala de vida. Enquanto alguns pacientes oncológicos não conseguem avançar pra qualquer outro tipo de horizonte que não seja o da doença, David continua sua história nesse mundo se recordando do passado como algo grandioso e querendo assegurar o futuro a partir da continuidade vivida através do jovem filho.

JOSÉ

Hipótese diagnóstica: Tumor carcinoide típico de pulmão.

Idade: 49 anos.

Tempo de internamento: 24 dias.

O paciente José trouxe com mais ênfase a sua preocupação com o sustento da família, já que está sem trabalhar. Em relação ao aprendizado, ele coloca que hoje percebe a importância de cuidar de si. Acredita que teria feito muitas “extravagâncias” (festas, cigarro, bebida) que teriam influenciado em sua condição hoje, mas não se sente culpado. Sente-se bem assistido pela equipe. Não fica tão bem na enfermaria porque gostaria de ir para casa. Comenta sobre certo medo da morte, principalmente quando ocorre algum óbito.

Diz que o clima fica “pesado”. Tem esperança de se recuperar e traz discurso de fé. Comenta que esteve triste no início da doença e que o pai morreu de câncer. José me transmite a ideia do pai de família, simples, que não pode fraquejar porque senão, além de limitado pela doença, poderia ser visto, por seus familiares, como homem fraco, bem diferente do esteio que costumava ser. Homem de cada dia que se preocupa com a condição daqueles que cuida por se sentir responsável por eles. Estar doente lhe toca em sua posição de provedor e de figura masculina representativa de base familiar.

ROBERTO

Hipótese diagnóstica: Câncer de Cólon/ Recidiva local, hepática e pulmonar.

Idade: 58 anos.

Tempo de internamento: 2 dias.

O paciente Roberto demonstrou maior dificuldade para compreender as perguntas que fiz. Falou que ficou nervoso e deprimido quando soube que estava doente novamente (recidiva). Traz a informação de que chegou a ter dor no coração, sem ter problema cardíaco, por causa disso. Diz que não parou de trabalhar e que nada mudou em sua vida. Também traz medo quando percebe que alguns colegas morrem, mas acredita que possa se recuperar. Traz discurso de fé. Fica com os olhos úmidos ao falar disso. Roberto é homem de origem humilde, tem pouca instrução. Apesar de procurar manter firmeza e não deixar de trabalhar, traz agora um misto de sentimentos que lhe assustam e que doem até no corpo. A fé surge como bálsamo para suas dores.

ELIZABETH

Hipótese diagnóstica: Adenocarcinoma de cólon metastático (fígado).

Idade: 47 anos.

Tempo de internamento: 15 dias.

Quando entrevistei a paciente Elizabeth, reencontrei, finalmente, aquilo que me fez querer fazer esta pesquisa –alguém que se reencontrou através da experiência do adoecer

com câncer e que aceita os fatos como um grande convite da vida. Receber essa participante foi o gás necessário para continuar buscando. Elizabeth fala do câncer com todas as letras, dando nome à doença e olhando de frente. Recebe tudo que chega como uma oportunidade de crescer, de fazer diferente aquilo que antes era sempre feito da mesma maneira. Permite-se ser humana e sentir tristeza, mas está certa do que quer – viver, curar-se. Demonstra estar inteira quando fala, vive a dor e o prazer em suas devidas proporções. Traz em sua fala a ideia de espiritualidade como fonte fortalecedora, não como dogma. Acredita que, a partir do momento que escolhe se ajudar, o Universo também conspira a seu favor. Fala sobre a experiência de estar internada como algo enriquecedor, por poder conhecer outras realidades, perceber que existem pessoas em condições diferentes. Vê o hospital como local onde ela vem buscar um “pedacinho da sua saúde”. É professora de História e trabalha com crianças. Hoje está na parte administrativa. Sempre foi muito dedicada em tudo na sua vida. Considera que nunca foi prioridade para si mesma e que o adoecer estaria lhe permitindo esse olhar. Fala que tem planos de viver, de fazer coisas prazerosas e de não ser tão exigente. Diz que tem recebido muito apoio da família e que suas filhas também estão confiantes. Entende a doença como oportunidade. Acredita que vai conseguir a cura. Se sente feliz e expressa sentimento de gratidão por tudo que tem vivido. Elizabeth transmite intensidade em todas as suas palavras. Mulher forte que, segundo diz, sempre cobrou muito de si e procurou a perfeição em suas tarefas diárias. Tanto tempo em busca de aprimoramentos lhe fez se afastar de pequenos prazeres da vida. Sentir o sol sobre sua cabeça durante o percurso da enfermaria até a sala onde conversamos pareceu ser um momento único, que não teria sido tão bem aproveitado em ocasiões anteriores de sua história. Ciente do seu prognóstico, Elizabeth já ouviu informações difíceis como um suposto tempo de poucos meses de vida. Percebo-me questionando se a sua postura confiante seria algo referente a uma negação dos fatos, mas sinto que independente do que venha a acontecer, Elizabeth já está encontrando seu sentido de vida no momento presente. Estar inteira em seu momento atual, se permitindo vivenciar cada acontecimento que surge traz o resgate da simplicidade que antes esteve perdida. Foi muito bom poder ter essa experiência com essa pessoa... Também me sinto grata.

SOCORRO

Hipótese diagnóstica: Câncer de canal anal/ Recidiva linfonodal inguinal.

Idade: 47 anos.

Tempo de internamento: 6 dias.

Socorro logo aceitou ser entrevistada porque disse que precisava desabafar. Ela traz muito sofrimento em toda sua experiência de adoecimento. Está tratando o segundo câncer. O que mais lhe aflige é o sentimento de impotência. Depende da ajuda de outras pessoas. Sente falta de trabalhar e cuidar de sua casa. Diz que se sente como “igual” quando está na enfermaria. Igual porque outras pessoas estão doentes como ela. No entanto, acha que cada um tem um jeito diferente. Às vezes pensa que ela pode ser a única que se desespera. Passou a ser crente desde que adoeceu, há dois anos. Traz a religião como algo importante que lhe traz força. “Quando falo com Jesus ele tira tudo”. Diz que tem fé e que também será curada desse câncer atual. Mesmo assim, parece olhar para mim esperando que eu traga a certeza desta informação como se eu pudesse dizer: “Sim, você ficará curada”. Apesar de sua religiosidade, também diz que sente tristeza, revolta (“Por que estou vivendo isso?”, “Eu não mereço”) e medo (“Se eu me internar, será que volto para casa?”). Diz que se sente acolhida por toda equipe, principalmente pelos médicos. Agradece por ter desabafado. Socorro traz o sofrimento em suas palavras. Sente que a religião vem como único refúgio para dores de quem vive um câncer pela segunda vez. Não se sente compreendida por seus familiares, que questionam sua sanidade mental pelo fato de, agora, viver chorando. Sente falta de um amparo maior, que lhe traga segurança suficiente para que se liberte das dúvidas que ainda lhe aprisionam apesar da suposta fé. Diante de uma carência afetiva, poder falar sobre o que tem sentido se tornou grande oportunidade para esta mulher que realmente parece pedir socorro.

MARIA

Hipótese diagnóstica: Rabdomiossarcoma metastático.

Idade: 23 anos.

Tempo de internamento: 5 dias.

Paciente receptiva à abordagem, faz questão de falar a sua história. Diz que soube do câncer quando estava grávida e que quis ter seu filho mesmo assim. Hoje ele é

saudável. Ela fala que se tornou uma pessoa mais responsável porque entendeu que tinha que fazer tudo pelo filho. Afirma receber apoio de todos. Demonstra força e confiança em Deus apesar de saber que seu câncer não tem cura. Diz que só Deus pode curá-la, mas aceita o tempo de vida que tiver; cinco, dez ou cinquenta anos. Fala com tranquilidade sobre sua experiência na enfermagem. Prefere não se aprofundar nas experiências alheias e investir sua força em sua melhora. Relaciona-se bem com a equipe. É católica. Consegue separar bem os momentos em que precisa estar no hospital dos momentos em que pode estar em casa. Transmite simplicidade. Orgulha-se em dizer que não se deprime. O fato de ter se tornado mãe trouxe grande mudança para o que poderia ter sido o diagnóstico de câncer recebido por Maria. Diante de dois acontecimentos intensos e inesperados, ela escolhe cuidar de ser mãe, contrariando a primeira opinião médica, que sugeriu que a mesma interrompesse a gestação. Tendo um motivo a mais para viver, seu filho, Maria encontra forças para atravessar as dificuldades inerentes ao adoecimento, hospitalização e tratamento. Tendo a presença do pequeno ser consigo, ela se reveste de coragem e encontra alegria em vários momentos de sua vida. O câncer, apesar de bastante incômodo, perde cartaz para o seu sentido de vida maior: cuidar de seu filho enquanto lhe for permitido.

3.3 Compreendendo o Adoecer

A partir de agora, trago o entrelaçamento das narrativas obtidas e a fundamentação teórica a partir da sistematização em eixos temáticos que emergiram na ocasião da coleta de dados. Os temas foram eleitos pela importância e frequência com que apareceram nas falas dos colaboradores da pesquisa.

3.3.1 A repercussão da notícia

Receber um diagnóstico é algo que tanto pode vir como alívio, quando se busca respostas, quanto como sentença que faz com que, naquele instante, o mundo pare por alguns segundos e que o chão deixe de existir abaixo dos pés. A partir da experiência adquirida no contato com pacientes oncológicos, notei que existem nuances que se encontram entre esses dois extremos; mas, para o profissional de medicina encarregado de fazer tal comunicação, trata-se um momento de tensão, justamente por não se saber que tipo de reação será observado em cada caso. Nessas ocasiões, pedir a participação da

Psicologia costuma ser medida de cuidado não somente para aquele que recebe o diagnóstico, mas também para aquele que o fornece.

Considerando a associação tão frequente do câncer com a morte, percebe-se que a confirmação de um diagnóstico desta patologia pode suscitar grandes temores. Como explica Kübler-Ross (2008), para o nosso inconsciente a morte nunca é possível quando se refere a nós mesmos. Se o fim é imaginado, ele sempre acontece como uma intervenção maligna fora do alcance do homem. Nas narrativas que seguem, fica marcada a presença da morte pairando sobre o imaginário dos entrevistados.

DAVID:

“Eu sofri um pouco, mas confiei nele (no médico). (...) Confiei muito nele. Fiquei triste, mas eu confio muito nele, em Deus e em Santo Antônio. (...) Minha preocupação todinha não é morrer, é deixar esse meu filho de nove anos”.

David estabeleceu relação de confiança com seu médico e trouxe sua fé como sustentáculo para lidar com a informação de que estava doente. Considerando a representação de morte já inculcada na sociedade no que se trata do adoecer de câncer, David teme a possibilidade de se tornar ausente para seu filho.

Percebe-se aqui, portanto, a importância do estabelecimento de um vínculo positivo entre o profissional de saúde que comunica o diagnóstico e seu paciente. A partir dessa ligação, lidar com a notícia do câncer pode ter seu tom minimizado quando a pessoa sabe que está em “boas mãos”.

JOSÉ:

“Não me abalei não (fala mais alto dando ênfase), tá entendendo? Não me abalei não porque ele falou não, que eu estava com esse tumor no pulmão. Aí pronto, eu corri atrás para fazer esse exame. (...) É..., é um pouco, eu não sei nem dizer a você, minha filha, sabe como é? Aí a ficha da gente cai um pouco, né? Você fica... A cabeça da gente muda”.

Ter uma comunicação clara do diagnóstico contribui com a melhor compreensão do que se passa, clinicamente, com a pessoa que está doente, mas nem sempre é o suficiente para que a informação possa ser “digerida” pelo sujeito que a recebe.

Ao falar sobre o momento do recebimento do seu diagnóstico, José traz em sua narrativa toda a insegurança, mistura de pensamentos e sentimentos que podem permear a ocasião. Para elaborar a notícia, cada sujeito traz o seu tempo próprio. É o “cair a ficha” que, às vezes, pode durar todo o tempo de um tratamento. O tempo vivido, nesses casos, é diferente do tempo marcado pelo relógio.

ROBERTO:

“Tem sido meio ‘estressado’. (...) Eu fiquei meio nervoso, temeroso, chorei um pouco, fiquei meio incomodado. (...) Senti uma coisa ruim, fiquei nervoso, mas rapaz eu ainda não estou velho ainda não, estou com 58 anos, mas rapaz como foi que isso aconteceu? Fiquei vendo a situação do povo. Esse mesmo problema! Vou morrer? Eu entrei até numa depressão. (...) Fiquei nervoso, sentia dor sem sentir”.

Roberto descreve em sua fala toda uma angústia referente ao medo da morte que, para ele, parece precoce. Com sua simplicidade e espontaneidade ele fala de todos os temores e questionamentos realizados ao receber um diagnóstico difícil que, no seu caso, vem pela segunda vez.

Reconhecer aquilo que se tem de pensamentos e sentimentos é de extrema importância para que se torne possível, gradativamente, um elaborar da experiência que pode se manter extremamente assustadora se não encontrar espaço de expressão. No seu “sentir dor sem sentir”, Roberto pede ajuda para suportar o que a doença lhe reserva. Percebe-se aqui a indicação para um acompanhamento psicológico, para que o participante possa dar sentido à sua experiência e para que ela não seja sentida apenas no corpo.

ELIZABETH:

“Tem sido muito suave pra mim. Pode até trazer surpresa pra quem ouvir, mas pra mim funcionou da seguinte forma: eu acho que em situações limites o ser humano tem duas saídas – ou ele acredita, ou ele desiste. Eu optei por acreditar. Em momento nenhum foi

difícil ficar com câncer. Dei nome a ele – estou com câncer, o câncer se localiza no intestino, tem metástase no fígado e agora vamos para os próximos passos”.

Nos anos de atuação junto a pacientes oncológicos, percebo a ligação direta entre a postura assumida pelo paciente e sua resposta global ao tratamento que, no caso dessa colaboradora, se torna ainda mais importante considerando seu prognóstico difícil.

Elizabeth traz postura de ativa em sua vivência de diagnóstico. Como a própria pontua, seu posicionamento diverge da grande maioria. Reconhecendo o momento que vive e o considerando como “situação limite”, ela se mostra consciente de sua capacidade de escolha ao optar pelo enfrentamento e pela tentativa de recuperação. Elizabeth parece saber que para ter condições de assumir suas escolhas é preciso, primeiramente, saber com o que está lidando. É o olhar de frente para o câncer e nomeá-lo, pois não se pode encontrar com aquilo que não se sabe que existe. Percebendo a doença ela também percebe a força em si mesma.

Conforme o pensamento de Frankl (2011), a prioridade seria a mudança criativa da situação que faz o homem sofrer, mas realmente superior é o saber como sofrer, quando se faz necessário. Como fator importante para este saber sofrer temos a responsabilização onde a pessoa adoecida se apropria de sua condição e faz suas escolhas de modo consciente.

SOCORRO:

“Fiquei um pouco bastante nervosa também, mas enfrentei. Enfrentei os tratamentos tudinho. Enfrentei a quimio, enfrentei a radio. Depois de um ano que eu fiquei boa, tudinho, apareceu outro. (...) Aí, me desesperei de novo. Foi muito desesperador, né? Porque a gente não espera uma coisa dessas. Uma doença dessa, quem é que espera? (...) Passou (pela cabeça) que eu ia morrer, já deu vontade de eu me matar... Só agora que eu aceitei Jesus é que eu tô mais... Mais calma. Mas eu acho que eu já não fiz alguma coisa por causa do... meu filho, os filhos que eu tenho”.

Mais uma vez o medo da morte surge na fala de um dos entrevistados. Socorro encontra, antes da fé, o desespero, que parece ter sido ampliado por se tratar de uma recidiva (segundo diagnóstico de câncer). Como no mito de Sísifo, a participante se vê em

desespero por ter que recomeçar um trabalho já realizado anteriormente. Na história do mito, Sísifo teria que rolar diariamente uma pedra montanha acima até o topo. Ao chegar ao topo, o peso e o cansaço promovidos pela fadiga fariam a pedra rolar novamente até o chão e no outro dia ele deveria começar tudo novamente, e assim para todo o sempre.

Mesmo já tendo vivenciado a experiência de estar com câncer, Socorro recebe a notícia como alguém que se vê na impossibilidade de se preparar para algo tão nefasto. A vivência religiosa representada pelo “aceitar Jesus” sugere ter lhe facilitado a calma mínima necessária para continuar sua jornada, mas foi a existência de seus filhos o motivo transcendente que lhe trouxe sentido para permanecer viva.

MARIA:

“Eu era aquela pessoa forte. Nunca baixei a cabeça. Nunca entrei numa depressão, nunca procurei um psicólogo, nunca! Eu disse, não, eu não preciso disso. Eu tenho fé em Deus que vai passar”.

Maria parece não hesitar quando comenta acerca de sua maneira de lidar com o adoecer, desde seu diagnóstico. Além de considerar seus próprios recursos psíquicos, ela procura viver uma fé que lhe nutre em seus possíveis temores. Não abre espaço para que seja questionada outra ordem de sentimentos que não seja de positividade e enfrentamento.

No que se refere a esta pesquisa, fica evidenciado que o adoecer de câncer continua sendo representado pelo potencial de morte, sendo esta um acontecimento pavoroso, um medo universal. (Kübler-Ross, 2008). Percebeu-se, no entanto, que nas falas onde se faz presente o pensamento de confiança ou crença religiosa é possível encontrar maiores condições de enfrentamento na ocasião do recebimento desse diagnóstico.

Quando o diagnóstico já constatou a doença, a pressão é monstruosa. Mas ela pode não apenas oprimir, pode também dar coragem e promover desenvolvimento. Entretanto, muitos pacientes vivenciam a enunciação do diagnóstico ‘câncer’ como se fosse adcretação de uma sentença de morte. Seu caminho de volta está então na resignação [...]. Alguns falam até mesmo de um certo alívio, pois com isso todas as responsabilidades lhe são tiradas. Outros pacientes tomam o desafio segundo o lema ‘começar a fazer as coisas certas’. O diagnóstico atua para eles como iniciação para uma nova etapa da vida que deve transcorrer de acordo com outras leis. Aquilo que para o primeiro grupo é o fim de tudo,

para eles é o começo. E não é raro que aí esteja o princípio de uma nova vida. Segundo a experiência da própria medicina acadêmica, o prognóstico médico exerce muito menos influência sobre a expectativa de vida que a atitude interna (Dahlke, 2007, p.84-85).

3.3.2 O relacionamento com a equipe de saúde

“Poderíamos dizer, seguindo essa ideia de humanização hospitalar, que o atendimento de um profissional da saúde busca responder a uma angústia, um pedido de ajuda e socorro. É o cliente que sabe dimensionar a sua dor e a sua angústia. Assim, as respostas do profissional da saúde não podem ser respostas padronizadas e uniformes, que nem sempre estabelecem a integração necessária entre ele e quem recebe seus cuidados” (Campos, 1995, p.61).

O relacionamento com a equipe de saúde é fato fundamental para o bem estar do paciente hospitalizado. Independente do seu tipo de patologia ou grau da doença, todo ele se beneficia de um contato técnico responsável, digno e afetuoso. Não há dúvida de que além do repertório de conhecimento intelectual para tratar o câncer, importante se faz também um contato verdadeiro onde o acolhimento permeie as relações paciente-equipe de saúde. Na especificidade do paciente oncológico, onde, às vezes, o corpo já se encontra extremamente desgastado, é a presença humana que fará o diferencial em relação à técnica.

DAVID:

“O que eu acho bastante interessante são os médicos tudo novinho, né? (...) Eu confio muito nele (no médico). (...)Eu brinco muito com as enfermeiras, até com os médicos aqui. (...) Sou muito bem tratado”.

David traz a confiança que sente na equipe médica apesar de considerá-la jovem. Tal confiança parece lhe trazer leveza suficiente para lidar com a situação de hospitalização. De acordo com o relato da própria enfermagem, ele interage positivamente com todos através da sua habilidade para mágica. David foi indicado pelas enfermeiras pela sua característica de “gostar de conversar muito”. Ser muito bem tratado, como fala o colaborador, abriu espaço para sua expressão que vai além do adoecer com câncer.

JOSÉ:

“Os cuidados é de primeira! Não tenho o que me queixar dos médicos, de enfermeira, não tenho do que me queixar de jeito nenhum. Os trabalhos deles é tudo de primeira. É é. De primeira categoria. Não tenho do que me queixar. (...) Dos enfermeiro e médico é tudo dez. Não tenho do que me queixar não”.

Ao ser questionado sobre seu relacionamento com a equipe de saúde, José compreende que o principal estaria no fato de não possuir queixas referentes aos profissionais. Sente que tem recebido o melhor tratamento possível por parte dos mesmos. Apesar de José não desenvolver as razões que lhe levam a formar tal opinião, percebe-se que, de um modo geral, ele se vê atendido em suas necessidades.

ROBERTO:

“Está de bom tamanho, as pessoas me dão medicamento. (...) Estou me sentindo bem tratado. (...) Está boa, atende bem, toda hora chega assim”.

Roberto entende que seu relacionamento com a equipe é positivo em decorrência da assistência básica recebida através dos medicamentos, por exemplo. Além disso, ele mensura tal relacionamento a partir da frequência do contato com os profissionais que, segundo o mesmo, lhe visitam constantemente.

ELIZABETH:

“Muito bem assistida (pela equipe). Muito bem. É encantadora a equipe daqui do IMIP. Muito boa, muito boa. Poder colaborar com os estudantes, com as pessoas que chegam, ver um futuro nisso aí; ver os futuros profissionais que vão ajudar as pessoas que futuramente vão precisar, é um prazer”.

Elizabeth também se sente acolhida pela equipe de saúde. Além de ver como positivo o trabalho desenvolvido, ela não se coloca apenas como receptora da assistência ofertada, mas compreende que também pode colaborar com a formação de futuros profissionais que circulam pela enfermagem pelo fato de se tratar de um hospital escola. Elizabeth se vê como agente ativo de mudança a partir do seu modo de se relacionar com tal equipe.

SOCORRO:

“São ótimos os médicos, me tratam muito bem, com muito carinho... Meus médicos eles são tudo bom, amoroso, eles me dão a maior força. As enfermeiras também me dão a maior força, o médico que eu tô (...) me trata com o maior carinho: ‘Danada, tu vai ficar boa, danada, tu vai ficar boa’. Ele diz assim comigo. Me trata com o maior carinho, me abraça... Tudininho. Tudinho lá, as enfermeiras... É tudinho. Ficam dizendo: ‘Tu vai ficar boa...’. (chorando) (...) Os médicos me dão bastante apoio”.

Socorro entende como positivo seu relacionamento com a equipe de saúde a partir de toda oferta de carinho por parte dos profissionais que lhe acompanham. Diante de sua fragilidade emocional gerada, entre outros motivos, por uma carência afetiva, ela recebe um apoio que se torna extremamente importante em sua trajetória dentro do hospital. Um abraço, uma palavra encorajadora – o tratamento recebido por Socorro vai além de suas necessidades físicas, abarcando também a mulher que sofre. “É importante ressaltar a importância do toque e do contato físico para pessoas gravemente enfermas [...] O toque físico resgata a possibilidade de nossa humanidade, do nosso corpo e das sensações” (Kovács, 2003, p.104).

MARIA:

“Adoro todas as enfermeiras, as médicas. Não tenho o que falar nada, sou bem atendida aqui. Eu queria ficar internada porque eu sou bem atendida. (...) Sou bem atendida e pra mim eu fico tranquila, relaxo... Tá entendendo? Sou tranquila. Eu não tenho o que falar não do hospital, da equipe”.

Ao dizer que queria ficar internada, Maria explica que vinha sentindo fortes dores e que havia percebido que não conseguiria melhorar em casa. A confiança no trabalho desenvolvido pela equipe de saúde lhe fez acreditar que poderia ser ajudada caso se internasse. Confiança essa lhe permite também “relaxar” ao se encontrar hospitalizada. O vínculo positivo estabelecido com a equipe de saúde parece trazer benefícios importantes para Maria poder lidar, tranquilamente, com situações decorrentes do adoecimento/hospitalização.

Na experiência de relacionamento com a equipe de saúde foi unânime a opinião dos participantes, que trouxeram impressões positivas onde se verifica não apenas a atuação profissional, mas o vínculo de confiança e afetividade criado nas relações médico – paciente – enfermagem.

3.3.3 A hospitalização

“Quando o indivíduo é internado em um hospital, tem na sua história pessoal um momento de cisão de seu cotidiano, o que gera uma série de problemas para a sua autonomia e transcurso normal da vida” (Campos, 1995, p.28).

A hospitalização costuma ser representada pela ideia de sofrimento gerado pelo medo do desconhecido, sensação de abandono. Importante, porém, é também perceber que a experiência de estar internado pode ser vivida de outras maneiras que não se limitem ao desespero. Nas narrativas abaixo percebemos essas variações.

DAVID:

“Eu vou dizer uma coisa, eu tive em vários hospitais, mas igual aqui não tem não. O atendimento bom. (...) Aqui até a enfermagem é diferente. Nem parece com hospital. (...) Com hospital público nem parece. (...) Não, não parece. Eu senti muita diferença. (...) Eu... quer dizer, eu me sinto bem, né? Me sinto bem. O que eu tô esperando é a recuperação, né? Tô esperando isso. Aqui tem uma vantagem porque fora fazer o exame tem o laboratório, aqui tem tudo aqui. (...) Aqui é um hospital de... De referência. (...) É, aqui eu me sinto em casa, é uma maravilha. (...) Me sinto muito bem. A única coisa que eu acho ruim aqui é a comida”.

David tem uma referência negativa de outras instituições públicas que lhe fazem sentir grande diferença em relação aos benefícios percebidos na instituição em que se encontra hospitalizado. Ao poder se expressar, do seu modo, sendo acolhido em suas manifestações, ele consegue se sentir como se estivesse “em casa”.

O próximo participante já traz impressão divergente por ter como foco aquilo que lhe oprime dentro do contexto hospitalar:

JOSÉ:

“Agora, minha filha, pra ser sincero, é muito ruim, viu? É muito ruim! É muito ruim! É muito ruim porque, é como eu falei a você eu não sou um cara de ficar num canto parado, direto, como eu ‘tô’ aqui. Eu ‘tô’ porque tem que ‘ta’’, ‘tá’ entendendo? Mas que é ruim, é. É muito ruim! (...) Por ter que ficar parado, assim, por ter que ficar na cama, aguardando enquanto eu ‘tou’ fazendo essa bateria desses exames todinho, esperando. Tem que ter paciência também porque se o cara não tiver com uma cabeça boa aí pensa em besteira, tá entendendo? (...) Passa muita coisa pela cabeça, não é? (...) Quanto que o cara vai viver, se vai viver, tá entendendo? (...) Só uma queixa que eu tenho, é de mim mesmo, mas também é a regra do hospital, é o almoço, tá entendendo? Porque em casa você almoça de todo jeito, né? Aqui tem aquela regra de sal, de açúcar por causa do sangue, tudo isso, tá entendendo? Aí eu acho ruim assim. (...) Teve umas semana que, umas semana logo que eu cheguei que eu tava meio aperriado porque é um pouco duro, a gente tá assim (...) num local desses. Tem os vizinhos de lado. Uns saem bem, um sai bem, outros não saem, que você sabe, faleceu um ontem. Desde que eu cheguei Deus já levou, Deus já levou três. Tem vez que você está bem calmo, tranquilo, aí quando acontece fica um negócio assim, meio pesado. (...) Na sala (na enfermaria), tá entendendo? Você continua muito desgostoso. Mas é da vida, né? A gente tem que levantar a cabeça e olhar pra frente, isso acontece com todo mundo, sempre acontece. Só acho ruim porque é o clima que fica pesado. (...) Fica porque não é um familiar seu, mas é um que está passando pela mesma situação que eu estou passando que os outros ‘tão’ passando também, como a família tem a tendência de chegar, trazer, voltar e voltar pra casa e vão voltar com a mão vazia, tá entendendo?”

Em relação à sua hospitalização, José traz todo um cenário de dificuldade permeado por sentimentos de impotência, medo e impaciência. Estar “parado”, como o mesmo coloca, lhe permite estar atento não somente à sua própria experiência, mas também à experiência daqueles com quem divide a enfermaria. Além de viver algo que foge de sua rotina habitual em que costuma ser ativo, José se depara com o sofrimento alheio e se vê, de certo modo, em cada um dos pacientes que vive seus dramas diários.

A morte se avizinha a partir das experiências de outros e traz à tona o medo que já parece existir no íntimo do homem que tenta não se deixar levar pelo vendaval de situações que lhe testam. Estar no hospital, para José, representa aflição.

“Mesmo sendo o câncer uma doença com evoluções e prognósticos tão distintos de pessoa para pessoa, ver outros pacientes em pior estado traz à tona a possibilidade de a pessoa também viver aquela situação” (Wanderbroocke, 2011, p.101). Em sua narrativa, José ilustra tal afirmativa a partir do que traz de seus medos ao acompanhar o que se passa com pacientes que, em alguns casos, chegam até o óbito.

O próximo participante também traz, em alguns momentos, o foco naquilo que lhe aflige no ambiente hospitalar. Só através de distrações ele consegue se sentir melhor para permanecer nesse contexto.

ROBERTO:

“Eu estou achando bom né! Está de bom tamanho, as pessoas me dão medicamento, de vez em quando vai si embora um, ai eu fico esperando a aplicação. (...) Fico com medo, não vou dizer que fico feliz, fico só na tensão. (...) Pensando coisa ruim, vim para cá doente, fico pensando em morte, teve dias que eu fiquei bem grave, eu acho que nem vou sair, às vezes você fica se distraindo com um amigo aí fica mais leve”.

No início de seu comentário, Roberto se refere à hospitalização como algo positivo por acreditar que o fato de estar recebendo tratamento adequado poderia definir suas impressões. Porém, ao descrever a experiência, Roberto parece se dar conta daquilo que sente nos momentos de intervalo entre uma abordagem e outra de alguém da equipe. O medo espreita e se manifesta em suas incertezas com relação ao desdobramento de sua história enquanto paciente oncológico. A morte se torna tema de seus pensamentos.

A próxima narrativa já traz posicionamento bem diferente do que já foi exposto até o momento. Para a colaboradora seguinte, o foco se encontra nos desdobramentos positivos da experiência de hospitalização.

ELIZABETH:

“É... Assim... É enriquecedor porque você se depara com outras pessoas que, às vezes, estão num quadro até mais sério, mais grave do que o seu e pessoas que se humanizam muito e se ajudam muito. Isso enriquece a experiência do ser humano, você passa a conviver com pessoas que estão, de fato, dando valor a vida, ao próximo. Que precisam de você e que você precisa deles, que vocês estão juntos no mesmo barco e aí é isso que você percebe e é muito bom. (...) É, de troca (o sentimento). É uma situação semelhante, né? Me sinto (bem). Me sinto. Me sinto porque aqui eu venho, eu costumo antes de vir pro hospital, eu costumo postar algumas coisas nas redes sociais e eu costumo dizer que eu estou vindo buscar uma nova dose de saúde. Porque é assim que eu encaro o hospital. Voltar pra minha casa, pra minha família, para os meus afazeres, pra minha comodidade, pra minha zona de conforto é muito bom. Mas vir aqui buscar o que eu preciso também é muito bom. Faz parte (a hospitalização, o tratamento), faz parte sim. E que eu, de uma certa forma, me abri pra isso, pra que todas as partes fossem concluídas porque eu sabia que não seria só ‘doce’. Eu sabia que teria alguma coisa amarga, azeda para enfrentar; seria um preço, mas eu quis pagá-lo e até agora não me arrependo. Pretendo continuar”.

Elizabeth vivencia sua experiência de hospitalização como uma oportunidade de troca. Reconhece que o fato de estar internada também traz o amargo de momentos difíceis referentes às rotinas e procedimentos hospitalares. Assumindo o lugar de quem precisa dos cuidados oferecidos pela instituição, Elizabeth consegue desenvolver um olhar que não se detém nos desafios e limitações do estar hospitalizada, mas que permite também alcançar belezas decorrentes do encontro com o outro. Na relação de troca estabelecida com seus colegas de enfermagem, ela consegue perceber o humano que há em cada circunstância. Elizabeth, além de ser paciente, consegue ser também observadora dos movimentos que ocorrem no espaço da enfermagem.

Como pontua Wanderbroocke (2011), o desenvolvimento do processo de elaboração da doença também repercute na leitura que o paciente faz em relação à instituição em que se trata. Sempre procurando se adaptar e, até mesmo, aceitar sua experiência de adoecer com câncer, Elizabeth consegue operar mudança no que se refere ao estigma que acompanha uma instituição hospitalar (principalmente, uma enfermagem oncológica).

Como afirma Quintas (2013), “O cenário de uma enfermaria é provocador de profundas afetações, e o paciente, como ser de possibilidades, valendo-se da atenção psicológica ofertada, poderá encontrar nessa oportunidade e nesse contexto, um modo de descobrir sentidos” (p.68). Pelo que se verifica em sua narrativa, Elizabeth consegue, além de se afetar pelo contexto de hospitalização, encontrar sentidos na experiência vivida.

Na próxima narrativa, reencontramos o temor gerado pelo fato de se necessitar de um internamento hospitalar.

SOCORRO:

“Aí me bateu um desespero muito grande, eu comecei a chorar... Porque eu não queria ficar internada. Fiquei muito, muito nervosa. Fiquei muito aperreada. A minha nora ficava dizendo: ‘Tenha calma, tenha calma, você tá parecendo uma criança; mas não é, é porque a gente fica muito... Como sentindo alguma coisa como se a gente num... A gente tem fé tudinho de ficar boa... aí a gente fica muito revoltada. Olha eu fiquei revoltada, fiquei bastante revoltada nesse dia. Mas agora eu tô aceitando, caí na realidade, tô ficando melhor. (...) A gente é bastante furado, é muita coisa. Aí dá um desespero. Em mim mesmo dá. Não sei nos outros, né? Mas em mim mesmo já deu. (...) Me sinto igual a eles (colegas de enfermaria). Não tá com a mesma doença? Me sinto igual a eles. (...) A mesma doença, a mesma coisa. Acho que a mesma depressão que eles tem eu tenho. Uns diz que não, outros diz que sim, já mandou procurar um psiquiatra, tudinho. (...) Uns dizem que não se aperreiam. De ficar aperreado – ‘Se aperreie, não!’ . Mas não tem quem não se aperreie. (...) É difícil. (...) Ah, eu vejo o povo tudo calado, não sei se é só eu que vivo aperreada...”

Desespero parece ser a palavra que define a experiência de Socorro no que se refere à hospitalização. Saber que precisa do internamento lhe traz extrema angústia a ponto de por à prova a fé que procura sustentar, mas que parece ser vencida, nesse momento, pela revolta de ter que se submeter aos procedimentos invasivos que a mesma bem conhece. Diante de tamanha aflição, Socorro parece querer encontrar abrigo ao se comparar com os demais pacientes da enfermaria. Sentir que sua dor é algo vivido de modo solitário parece lhe trazer ainda mais perturbação, o que faz com que ela questione o que os demais também sentem. Vê-se como igual aos demais por partilhar o adoecer.

MARIA:

“Eu gostei. Eu acho tranquilo. (...) Eu queria ficar internada, eu queria me internar. Eu não tava me sentindo bem na casa de apoio aí eu pedi pra ela me internar e eu tô achando tão bem de eu tá aqui internada. Porque se ela chegasse hoje pra mim – Maria, você tá de alta, pode ir pra casa de apoio – eu não queria ir. Porque eu tô me sentindo bem. (...) Aí eu tô achando tudo tranquilo, eu tô tranquila. Era o que eu queria, o que eu queria e quero. Dependendo da minha recuperação quando eu terminar a radio ela me dá alta. Se eu tiver bem, se eu disser que não tô eu não quero ir pra casa... (...) Pra mim eu num... Eu num... Tem gente que acha incrível assim, eu não sou uma pessoa que sente pena, sente dó. A pessoa tá ali, tem uma paciente ali doente passando mal, mas eu tô ali tranquila. Cada pessoa tem um caso. Cada caso é um caso. Eu tô ali cuidando de mim, eu tenho que pensar em mim e em eu ficar boa. Cada pessoa tem um caso. (...) Eu sou mais... Não converso muito com paciente não. Eu converso mais com as colegas, acompanhantes. A gente conversa, eu desabafo... ‘Como é tua história, de onde tu é... Então, com os pacientes eu nunca gostei, nunca gostei de chegar e desabafar com paciente não. (...) Pra mim, eu não gosto de incomodar eles. Eu não gosto de chegar e contar meu caso e eu também não quero saber do caso deles. Eles tão na deles e eu na minha. (...) Eu sei que todos eles tem a doença que eu tenho, só que é a minha doença e cada um tem a sua. Aí eu sei que a pessoa tá lá com aquele problema, por que eu vou ir lá pra querer saber? Não interessa pra mim. Eu não gosto que as pessoas fiquem: ‘Á, minha mãe tá doente...’. Quero não. Cada caso é um caso. Eu tenho que pensar em mim. Eu tenho que pensar em mim. Por que eu ficar assim... Eu não me preocupo, não. Não fico sem dormir porque aquela pessoa tá mal. Pra mim, cada caso é um caso”.

Maria encontra espaço importante de amparo dentro do ambiente hospitalar. Não se precipita em solicitar alta enquanto não se sente suficientemente atendida em suas necessidades. Ao contrário de Socorro, Maria procura evitar a comparação com outros pacientes, algo que poderia lhe colocar numa posição favorável ou desfavorável dependendo do referencial. Tentando “não se preocupar com os outros”, Maria prefere concentrar sua atenção em sua própria experiência, algo que sugere uma tentativa de se proteger de algo que poderia abalar sua base de fortalecimento psíquico e emocional.

Conforme explica Wanderbroocke (2011), ver pessoas que apresentam suposto comprometimento físico maior pode funcionar como facilitador quando o paciente acredita que sua situação não seria a mais grave. Maria, no entanto, prefere não realizar comparativos entre sua condição física e a dos demais pacientes, risco que não foi assumido pela colaboradora, considerando que a mesma tem conhecimento de que sua doença não teria cura.

Ao suscitar a temática da hospitalização, percebi que os participantes puderam expressar um conteúdo mais extenso no que se refere às suas experiências. Estar no hospital permitiu aos colaboradores a vivência de cuidado, como também as “percepções em espelho” onde se via no outro a possibilidade de identificação. Como consequência, foi notada a elaboração de aspectos decorrentes do processo de adoecimento, entre eles o medo da morte. No último caso citado, no entanto, a participante optou por não comparar suas experiências com as dos demais, reconhecendo a especificidade de sua vivência.

3.3.4 A experiência do adoecer: vivendo com o câncer

O que seria o viver com câncer? Como é a experiência de ser portador desta patologia? Mesmo que vários sejam os estudos acerca da temática oncológica, nenhum deles possui uma “regra de ouro” quanto ao que seria vivenciar este acontecimento cada vez mais frequente em nosso mundo contemporâneo.

Além da óbvia especificidade do humano, a impossibilidade de se definir, previamente, tal condição se deve ao fato de que o câncer surpreende a todos ao tomar o homem em todas as suas esferas. O corpo vive as impressões marcadas daquilo que a psique percebe e que o espírito sente. Sendo assim, como fenômeno possível da vida, o câncer convida o ser a um importante processo de autoconhecimento e transcendência. Nem sempre este convite é respondido pelo homem, mas a oportunidade lá está. Este é o elo que liga as mais diferentes experiências que possam existir nessa esfera: a chance de nos tornarmos quem somos.

Desse modo, trago agora as seis narrativas dessa pesquisa, que trazem seis mundos diferentes acerca do que é, para essas pessoas, a experiência do adoecer com câncer.

DAVID:

(Como é viver com câncer) *“Viver lutando né, doutora, até... Luta. (...) Porque eu não gosto de tá parado, não. (...) Eu não vou arriar a cabeça, não vou baixar a cabeça de jeito nenhum, tem que ficar com a cabeça erguida. (...) (Como se sente hoje com essas experiências) Eu me sinto feliz. (...) É como Luiz Gonzaga disse, se houver “encarnação” eu quero ser de novo o rei do baião. Eu, se houver “encarnação” quero ser David mesmo porque eu sou o que sou. (...) Eu num sei. Eu acho que castigo não foi porque eu sempre procurei fazer o bem. Tinha que acontecer mesmo. Eu acho que não foi castigo não. (...) Eu acho também que isso que tá acontecendo comigo Deus tá recompensando com o que eu faço com meu filho. (...) E eu vou dizer uma coisa, a pessoa só morre quando tem que morrer mesmo porque a medicina tá muito avançada”.*

No caso de David a vivência do câncer representa luta. Alcançando seu potencial de força, ele se posiciona de modo ativo nesse contexto, conseguindo atribuir valor à sua história. Ao questionar o sentido da experiência de enfermidade, David cogita a possibilidade de um “castigo divino”, mas depois descarta a ideia ao voltar-se para suas atitudes ao longo da vida, atribuindo moralidade que não justificaria esta “punição”. O colaborador elabora o adoecer como algo inevitável e que vai além do seu domínio. David se sente ajudado por Deus como recompensa pelo fato de cuidar bem de seu filho pequeno, que se beneficia com sua presença. Este seria um motivo que justifica seu viver.

Na próxima narrativa encontramos as mudanças decorrentes do adoecimento e da hospitalização com grandes desafios a serem vividos pelo participante.

JOSÉ:

“Aí pra mim ficou muito difícil porque (pausa), eu, bem dizer, sou o esteio da casa, tá entendendo? Está certo que minha esposa trabalha, mas o braço forte de casa ‘é eu’, tá entendendo? Não tô podendo mais trabalhar, e agora quem está segurando a barra é minha esposa. Em termos da doença, eu não me abalei muito não porque eu já passei por isso com meu pai. É meio, meio complicado. Mas eu tô levando, tô tirando meio numa boa. Fazer o quê? Peço a Deus agora que..., Deus permita que corra tudo bem, tá entendendo? E seguir a vida pra frente. A minha mudou assim, em termo assim de, de, de,

que eu não sei, eu não sei, como é que se diz estar parado, tá entendendo? Eu sempre gosto de 'tá' me movimentando, fazendo alguma coisa e, tá entendendo? Trabalhando, né? A pior coisa para mim foi isso aí, tá entendendo? Essa suspensão que a doença dá, de no caso [de] você estar na ativa, você fica recuado, tá entendendo? É eu acho assim, que mudou assim porque, mudou e vai mudar, né? É o sistema de vida, né? É. Porque eu não vou poder fazer mais o que eu fazia, tá entendendo? Eu não vou mais poder fazer o que eu fazia. Eu gostava de sair, me divertir com a mulher pra brincar, todo final de semana. Isso aí eu sei que, já vou ter que recuar um pouco isso aí, eu vou ter que ter, ter um outro sistema, né? Não, me divertir eu vou. Não vou ficar, é, (pensando, breve pausa) dependendo também (breve pausa, arrumando o pensamento) da minha melhora. Também não vou ficar 'amuado' num canto não, também não vou ficar... também não sou de ficar encostado esperando o tempo ruim não. A gente tem que correr para a melhora, não é? É... (pausa para pensar). Eu acho que traz, viu? (alguma lição) Trouxe assim, pra pessoa é (pausa), pra pessoa tem, tem, tem que procurar saber (...) se cuidar, mais. Tratar mais. Não fazer muita extravagância. Eu mesmo fiz muita, fiz muita extravagância. Eu novo, fiz muita extravagância. Assim, beber, fumar, passar muita noite fora, muita noite acordado. E aí você não sabe quando, quando vai acontecer com a pessoa, né? (pausa) Ninguém sabe, né? (tosse). Então aí (...) como já aconteceu comigo, é, como eu tô, eu já passei assim para a minha menina, para a minha esposa que fuma muito. Eu digo assim: rapaz, pare com o cigarro, você não tá vendo o meu problema? Então eu evito, evito, evito a dor, mas a pessoa fala mas, tá entendendo? As pessoas parece que não dá importância, só acredita onde, quando cai dentro do hospital, é. Feito eu digo: se você tivesse aqui no meu lugar, você tava aqui doidinha, doidinha pra não 'tar' aqui porque é, é, é muito ruim. É ruim porque eu (tosse) acostumado na rua, no meu dia a dia, correndo atrás do meu serviço, tá entendendo? Trabalhando, no meu dia a dia, pra agora (tosse), tá assim. Feito eu tô. Nem tô mal, nem tô ruim, tô passando o que eu tô passando, está entendendo? Tô onde eu não queria passar. Mas aí eu também não sou culpado, acontece, não é isso? Aí é o que eu passo pra ela direto, pra ela e a mãe dela, olha vocês evitem podem evitar, (tosse) evite que é melhor, mas num (breve pausa) falta força de vontade, né não? Porque eu mesmo, eu mesmo, eu mesmo parei de fumar, parei de fumar, ninguém me obrigou a parar não, eu mesmo parei de fumar antes disso, antes de saber que estava com isso. Já ia fazer, já tinha feito o quê, uns dois anos, dois anos já. Tá fazendo uns três anos que eu parei de fumar, mas não sabia que esse problema já estava existindo, tá entendendo? Aí é

isso que eu passo pra elas, mas quando a pessoa fala um negócio, não tem aquela desculpa do cigarro”.

Para José, o adoecer de câncer lhe trouxe consequência negativa no que se refere à sua capacidade de trabalho. Deixar de exercer suas atividades tem representado perda importante. Associando seu momento presente com seu estilo de vida pregresso, o participante acredita que precisará abrir mão de antigos hábitos que podem ter contribuído com o surgimento da doença. Sua experiência tem como sentido a proposta de poder exercer o cuidado consigo, trazendo também a preocupação com sua família, que mantém comportamentos reconhecidos como prejudiciais a saúde. Apesar de fazer tais associações, o participante procura se desvencilhar da ideia de que seria culpado por sua enfermidade, algo que poderia gerar carga emocional de dificuldade no lidar com seu adoecer. José se vê como responsável pelos seus atos e procura, no momento, criar as mudanças que supõe necessárias para lidar com o câncer que, entre outros fatores, teria surgido como consequência de escolhas e hábitos ao longo da vida, pelo que acredita.

Dia por dia a vida nos faz questões, somos interrogados pela vida e devemos responder. A vida, gostaria de afirmar, é um período de perguntas e respostas que dura quanto durar a vida. Com relação às respostas, não me canso de dizer que podemos responder à vida apenas com o responder de nossas vidas. Responder à vida significa fazer-nos responsáveis por nossas vidas (Frankl, 2005, p.100).

ROBERTO:

“Mudou nada não, eu fiquei doente, mas tinha que trabalhar, na agricultura, tem que trabalhar, vamos lá, entendesse? Capinando o negócio, eu fico meio nervoso por causa da doença e eu saindo me distrai a vida. Um dia faço coisas maneiras outros dias coisas mais pesadas. Faço uma coisa aqui e acolá. (...) Passei uma fase sem trabalhar, mas depois voltei a trabalhar vou viver minha vida. (...) Quero ficar logo bom desse negócio, se fosse logo rápido. (...) Tô mais tranquilo, das vezes que eu era atrás eu tô mais tranquilo, meu filho me dá uma força, não estou tão bem, mas estou mais sossegado”.

A partir da narrativa de Roberto compreendemos que para algumas pessoas o adoecer de câncer pode gerar mobilização emocional sem representar, no entanto, sentidos transcendentais. Estar doente lhe aparece como obstáculo a ser superado para que sua rotina não seja interrompida, ou sofra o mínimo de alterações possíveis. Roberto percebe tudo que ocorre

consigo: mudanças físicas e emocionais que o mesmo procura superar mantendo, tanto quanto possível, sua rotina de trabalho.

Na próxima narrativa já se percebe postura diferente da participante em relação à fala de Roberto. Elizabeth se sente afetada pelo adoecer, mas o transcende e encontra sentidos.

ELIZABETH:

“Tem sido muito suave pra mim. Pode até trazer surpresa pra quem ouvir, mas pra mim funcionou da seguinte forma: eu acho que em situações limites o ser humano tem duas saídas – ou ele acredita, ou ele desiste. Eu optei por acreditar. Em momento nenhum foi difícil ficar com câncer. Dei nome a ele – estou com câncer, o câncer se localiza no intestino, tem metástase no fígado e agora vamos para os próximos passos. (...) Tenho vontade de viver e que valeria a pena lutar e fazer tudo que fosse preciso. Eu cheguei inclusive, há pouco tempo atrás, a saber que um dos diagnósticos seria de sobrevida, né...eu teria 2 meses, na realidade, de vida e que nem seria feito um tratamento quimioterápico comigo porque não seria o caso, não valeria a pena; e eu estou indo pra segunda sessão de quimioterapia e me sentindo cada vez melhor, mais forte, mais animada, ultrapassando todos os sofrimentos que a doença traz, que o tratamento traz...me sentindo pronta pra recomeçar uma nova vida. (...) Tenho só tido ganhos. Na realidade, com o câncer. (...) Tem me trazido ganhos. Acredito até por eu ter encarado de frente né, não ter rejeitado. Porque eu poderia ter me revoltado, não ter feito o tratamento e aí, de fato, eu não teria chance. Mas eu optei por ficar bem, por ficar boa, recomeçar a vida a partir de agora, zerar tudo e recomeçar de uma forma diferente. (...) Eu tô muito entregue a tudo isso. Eu vou viver intensamente tudo que for necessário, inclusive o depois. O depois tá me encantando. (...) A possibilidade... Depois da cura. Eu já me sinto curada. (...) Essa cura não é só física não. É uma cura por completo porque eu sou uma pessoa que sempre foi muito dedicada a todas as causas da minha vida, profissional, pessoal; eu sempre procurei ser uma super mãe, super esposa, super professora... E com isso eu deixei um pouquinho de olhar pra Elizabeth, voltar pra dentro de Elizabeth, o que que Elizabeth queria pra ela como pessoa. E hoje eu consigo ver isso bem direitinho, então eu acho que vai ser uma vida completa. Uma vida em que, provavelmente, eu ainda vou falhar como pessoa falha que sou, mas eu vou apostar mais em mim, vou consertar isso que eu acho um erro, né? Não ter olhado pra mim, não ter feito um denço pra mim, a

minha vida inteira, por mim mesmo e hoje eu acho que estou disposta a reparar esse... Eu acho que tenho que olhar esse meu lado, esse meu lado Elizabeth, né? (...) Elizabeth é um ser que é muito feliz, que gosta muito de viver, muito, mas que levou a vida inteira sendo muito cobrada por ela mesma e hoje Elizabeth quer ser uma pessoa mais livre. Tão feliz quanto era antes, mas mais livre. Vivendo mais o que Elizabeth gosta, o que Elizabeth quer, olhando mais pra esse lado que eu deixei 'de lado' durante toda minha vida; e não me arrependo, acho que fez parte do meu crescimento, só que agora eu quero mais; eu quero mais pra Elizabeth. (...) Eu queria dar um pouquinho pra mim do que eu tinha dado a vida inteira pra todo mundo. (...) (Sentir) Esse prazer, esse sucesso... Ser forte. Não me cobrar por isso. Sabia que tinha horas em que eu iria fraquejar, em que eu iria... Assim, de tristeza, de desânimo. Embora sejam raras as vezes, mas acontecem; então eu me dei, inclusive, esse luxo, esse direito de... (ser) Normal, humana. Forte, mas com possibilidades de fraquejar, de precisar de ajuda de buscar as outras pessoas, não só dar de mim, mas também querer dos outros e isso tem sido muito bom, muito gratificante. (...) A humanidade realmente ainda merece um crédito porque com o passar dos anos, com as experiências de trabalho, de vida, às vezes a gente desacredita na humanidade e foi um dos ganhos maiores que eu tive até hoje, eu vi várias pessoas, não sei nem te contar, assim o percentual aproximado de quantas pessoas de credos diferentes, de graus de amizade diferente que se uniram a essa causa e torcem por mim, me mandam mensagens muito boas de autoestima... Então hoje, um dos ganhos muito grandes é voltar a acreditar na humanidade. (...) Eu nem sabia que era tão querida e descobrir isso foi muito bom. De repente eu vivia num mundinho fechado onde eu achava que só eu dava, né? Só eu dava amor, só eu dava carinho, só eu dava atenção e eu acho que eu não permitia que as outras pessoas fizessem por mim. Hoje eu me permito. É por isso que eu te digo, o câncer trouxe muita coisa boa pra mim. Quisera que todas as pessoas pudessem aproveitar. (...) (Vivenciar o câncer é) Uma grande oportunidade. Uma grande oportunidade. Seria esse nome que eu daria. Se você tivesse me perguntado talvez eu não tivesse a consciência de te responder com tanta clareza. Na realidade, o câncer, a doença, me trouxe isso. Esperança, vida, alegria... Vontade de viver. De poder chegar lá na frente e dizer: 'olha pessoal, o câncer tem cura, basta acreditar, basta querer. Eu sou um exemplo disso. Entendeu? Pode parecer meio contraditório, né? Mas é assim que eu me sinto. E é muito bom poder te falar isso. (...) (Sentimento de) De uma gratidão enorme, muito maior do que eu. É algo do qual a gente nem pode falar muito porque a gente não sabe dar um adjetivo;

explicar corretamente, é muito grande. É muito bonito, muito bom sentir isso. (...) É algo muito grande, muito forte. Essa história tem um dia e hora pra terminar e ela se chama vitória. E assim, uma coisa que eu vou ter sempre comigo, vou levar sempre comigo e isso já foi um pacto firmado comigo mesma é de não contar experiências pessoais em nível de sofrimento pra ninguém. Eu acho que isso não ajuda. Não ajuda, cada um vai viver sua história e no final dela terá valido a pena. Entrar desarmado, sem conhecimento, às vezes é melhor. Porque com o conhecimento de uma outra pessoa que pode não ser o seu; uma experiência, uma vivência que pode não ser a sua. Foi uma das coisas eu observei e; assim, tirei como lição. Não fazer igual. Se me procurarem para falar a respeito do câncer eu só vou ter coisas boas pra dizer. Porque as pessoas que tiverem que enfrentar, se não passarem só por coisas boas, mas elas estarão passando naquele momento e não se enchendo de medo pra talvez nem passar por algo tão difícil. O ser humano é muito tendencioso a depois que tudo passa ele exagerar, se vitimar... e eu não pretendo fazer isso. (...) Isso não ajuda, isso não cresce a experiência de ninguém”.

Para Elizabeth, o câncer abriu portas para um renascimento que permitiu seu reposicionamento perante a vida e sua forma de lidar com ela. Nomeando a doença, ela assume a responsabilidade perante o momento vivido adotando postura ativa de enfrentamento. Dessa forma, ela percebe que o adoecer tem lhe trazido ganhos ao considerar também que esse processo lhe proporciona uma possibilidade de cura que vai além do biológico. Apesar da gravidade da doença, Elizabeth fala em esperança, vida, alegria e vontade de viver. Além das mudanças notadas em sua própria história pessoal, ela encontra sentidos que são transcendentais, chegando a resgatar sua crença na humanidade. Como qualquer experiência que ganha em profundidade e perde em palavras que lhe definam, Elizabeth expressa sentimento não nomeável, permeado pela sensação de gratidão ao suposto “presente” recebido pela vida. Diante da grandiosa oportunidade de mudança, a participante não demonstra necessitar de recursos que lhe distraiam a visão do reconhecido adoecimento físico, mas se mostra capaz de atravessá-lo com o uso de sua potencialidade e crença em força superior. “Dizer sim à vida significa dizer sim também à sua finitude, ao que ela comporta para nós, necessariamente, de fracassos e de frustrações: dizer sim à vida significa dizer sim também à doença e à morte” (Comte-Sponville, 1997, p.68).

O indivíduo que se eleva acima de si mesmo avança para a maturidade. Sim, o verdadeiro produto do sofrimento é, afinal de contas, um processo de maturidade. A maturidade pressupõe, todavia que o indivíduo tenha alcançado uma liberdade interior, malgrado sua dependência exterior (Frankl, 1978, p.241).

Os exercícios de autoconhecimento e de compreensão do mundo permitem a constante significação e ressignificação, necessárias para a evolução do indivíduo em suas diversas circunstâncias de vida. Estar doente, para Elizabeth, abriu portas que lhe permitiram avançar neste movimento. De acordo com Merleau-Ponty (1999), o corpo não se trata de um sistema biológico ou objeto, mas sim de um espaço onde ocorre a formação da consciência, o encontro do indivíduo com o mundo. Trata-se do lócus de realização de sentido. Acreditar que o corpo é um objeto ou algo fisiológico são maneiras de interpretar esta experiência do “corpo vivido”. É através dessa busca por si que o homem se conecta, novamente, à sua natureza, seu mundo; se tornando capaz de produzir sentido para suas experiências funcionais ou disfuncionais – saúde ou doença.

Crise – em chinês a palavra é formada por dois ideogramas – perigo e oportunidade. O ser em crise está em perigo, sua integridade, sua sobrevivência, tal qual a conheceu até hoje está ameaçada – o perigo. Mas a crise oferece a oportunidade de novos mergulhos que não fosse o perigo, não ousaríamos encarar. [...] Se o perigo da crise ofereceu oportunidades, o confronto com a finitude deu a perceber ao Ser a oportunidade vital. Pode ser que ele ressignifique ampla e profundamente sua vida (Castro et al. 2002, p.217-218).

Meazzi (2008), ao tratar da temática do sentido, traz a ideia de que ele é algo específico para cada um, não havendo resposta única. O sentido também não pode ser encontrado em manuais porque demanda uma busca individual. No entanto, para o autor, “doenças como o câncer podem despertar (ou redespertar) em nós o nosso sentido da existência” (p.136).

Rocha (2007, p.192) comenta sobre o *páthos* tal como representado na arte trágica grega, onde cada representação encerrava determinada lição de vida - “Nela, o sofrimento tornava-se a fonte de uma forma especial de sabedoria, que se poderia dizer trágica. O sofrimento deixava de ser visto apenas como um castigo dos deuses, pois eles próprios dele fizeram também uma fonte de sabedoria, articulando o *pathein* (sofrer) com o *mathein* (ação de aprender e de se instruir)”. O autor segue o trajeto histórico adentrando o pensamento de Nietzsche que deu ao trágico o verdadeiro estatuto de um *páthos* filosófico:

[...] Como diria Zaratustra, não há ser nem antes nem depois do devir. O ser é um acontecer que não termina nunca de acontecer. . . Tudo isso encaminhou Zaratustra a uma

afirmação trágica da existência, a qual essencialmente consistiu na aceitação do amor fati, vale dizer, na aceitação do destino, qualquer que fosse a sua face. Assim foi, porque assim eu quis. Aceitar o destino significa dizer sim à vida na alegria e na dor, incondicionalmente. E isso não era uma questão de saber, mas de poder (Rocha, 2007, p.197).

Frankl (2011b) considera que o homem é dotado de uma vontade de sentido que ele classifica como um movimento básico de busca por sentidos e propósitos que possam ser realizados. De acordo com Studart (2007), a principal manifestação da autotranscendência seria, justamente, esta vontade. O sofrimento, sendo algo também inerente ao humano, pode ser fonte de crescimento desde que se busque o seu sentido. A partir das experiências junto à tríade paciente-família-equipe de saúde, noto a mudança concreta, real que se dá em várias pessoas que constituem o cenário do hospital. O sofrimento permeia, constantemente, toda esfera deste tipo de lugar, mas não obscurece a beleza da transformação vivenciada por aqueles que conseguem lançar mão de sua potencialidade de criar ou de se recriar.

Em sua teoria, Frankl desenvolve o pensamento do que denominou de “Otimismo Trágico” (FRANKL, 2011, p.161), que consistiria em três pontos principais: dizer sim à vida, transformar o sofrimento numa conquista e realização humana, e extrair da culpa a oportunidade de mudar a si mesmo para melhor. No caso de Elizabeth, percebemos a manifestação desses reposicionamentos a partir da narrativa referente à sua experiência de adoecer com câncer –algo que lhe reveste de força suficiente para lidar, serenamente, com as circunstâncias vividas. Tal posicionamento já não é encontrado na narrativa de Socorro, como se percebe em seguida.

SOCORRO:

“Agora eu tô aceitando, cáí na realidade, tô ficando melhor. (...) Eu acho muito ruim, doutora (a experiência de estar doente). A pessoa ficar... Sei não. A pessoa não pode fazer nada, não pode trabalhar, não pode fazer nada, ôxe... Sinto muito que a pessoa não é como era, de jeito nenhum. (...) Eu era trabalhadeira demais, gostava de fazer tudo e agora eu não faço nada disso. E agora eu tô esperando pelos outros. Eu nunca vivi desse jeito, não. Esperando pelos outros que faça as coisas pra mim. Fico dependendo dos outros, não vivo mais dependendo de mim. Eu vivo dependendo dos outros. Isso não é

bom, né? (...) Me incomoda. Incomoda muito por causa dos outros. (...) . É o que é mais difícil é isso aí, ficar dependendo dos outros, doutora. É muito ruim. Todo dia eu peço isso a Deus: ‘Meu Deus, deixa eu ficar boa pra eu não ta dependendo de ninguém. É muito ruim mesmo a gente ficar dependendo dos outros. (...) Ah, doutora, eu queria tanto era trabalhar, doutora. Trabalhar não, tomar conta da minha casa, né? Tomar conta da minha neta... Quería isso. Tomar conta da minha casa, fazer minha comida, tudinho. Ter o prazer de andar, de sair. Trabalhar servindo a Jesus... Era isso que eu queria. (...) Não tem uma pessoa com quem desabafe, né? Aí eu fico desabafando, fico chorando... E as pessoas dizem que eu tô ficando louca. (...) Eu acho (que está ficando louca). Agora eu sou muito nervosa, eu vivo assim, muito nervosa. A minha filha diz que eu grito dentro de casa, falo muito. (...) Mudou pra eu ser mais agressiva. Pra mim eu acho, sabe? Mudou por eu ser mais agressiva. Meu marido também diz: ‘Tu fala muito!’ Acho que mudou bastante isso, eu fiquei mais um pouco agressiva. (choro) (...) É, me sinto (triste). Tristeza a gente sente muito, né? Fica calado lá, caladinho... Mas a pessoa sente muita tristeza. Tem vez que eu sinto muita revolta. Eu nem tenho essas coisas e tô pagando uma coisa dessas...”.

Com a fala de Socorro notamos que o adoecer com câncer possui um caráter de mudanças negativas a partir de sua perspectiva. A participante narra o quanto tem sido afetada por sua enfermidade trazendo vivências de impotência, raiva, tristeza e revolta. Estar doente com câncer lhe faz questionar o motivo de sua experiência, sendo esta compreendida como castigo, punição. Socorro demonstra que não tem conseguido elaborar seu momento de vida para além dos desdobramentos negativos despertados pelo adoecer.

Aquino (2012) afirma que o homem concebe três vias de encontro de sentido na vida: valores vivenciais, criativos e atitudinais. Os valores atitudinais correspondem à postura frente a uma situação imutável, ou seja, a capacidade humana de transformar um sofrimento em realização que está, normalmente, associada com a capacidade de suportar o sofrimento inevitável. Apesar do sofrimento trazido na narrativa de Socorro, é importante estar atento quanto à ideia de que a mesma estaria impossibilitada de se recolocar em sua trajetória de vida, incluindo seu processo de adoecimento/tratamento. “Uma vez que consideremos o homem como uma vítima das circunstâncias e de suas influências, não apenas o deixaremos de tratar como um ser humano, bem como aleijaremos sua vontade de mudar” (Frankl, 2011b, p.95).

MARIA:

“Eu tinha fé em Deus de que nada ia acontecer com o Miguel, eu tinha que comer, forçava o comer apulso, ser forte. Eu não chorava, não botava uma lágrima. Porque eu dizia que se eu chorasse ele vai ficar triste. (...). E venci! Miguel tá bem em casa e tem toda saúde do mundo! (...) Muita coisa (mudou)... Eu passei três anos só... Antes de engravidar de Miguel, eu passei três anos e poucos meses só... Minha vida era outra. Eu era em casa com saúde. Era só eu e o meu marido, mas a gente era outra vida, né? Depois que eu descobri que tava grávida aí mudou tudo. Tudo a partir do dia que eu disse: ‘Ó Aílton, eu tô grávida’. Pronto ali mudou tudo aí veio o carocinho, veio exame, e não sei o que, não sei o que, não sei o que... Até hoje. Já fez dois anos isso. Dois anos em Julho que eu descobri que tava grávida. De lá pra cá mudou muita coisa. (...) Ah... Só hospital (o que mudou). Tudo, hospital. Tá entendendo? Tudo hospital, tudo hospital, tudo hospital. O tempo que eu vou pra casa eu tenho que descansar; relaxar. Aproveitar com Miguel, com meu marido, com minha família. A minha família se reúne tudinho lá. Todo mundo, muda tudo. Aí quando eu chego lá em casa todo mundo me atende, todas as minha amigas vão tudo lá me visitar, a gente conversa bastante, mas sempre eu volto prá cá aí dizem, eu tenho que mudar isso, mas não! Eu tenho que aproveitar minha vida lá e quando eu vier pra cá cuidar da minha saúde aqui. E quando terminar aqui, eu vou pra casa pra me divertir também em casa, né? Não vou tá em casa trancada, né? Eu tenho que sair, espairar, conversar, ir na missa que eu adoro a igreja. (...) Tem que fazer o que for preciso fazer. Terça-feira, se eu me sentir bem eu vou falar pra ela: ‘Doutora, eu tô bem melhor’. E se eu não tiver vou dizer: ‘Doutora, eu não vou pra casa, eu não tô me sentindo bem’. Não é verdade? (...) Oxe, eu tô em casa, em casa, em casa. (...) Tô tranquila. Eu passo até 30 dias, dois meses, três meses. O importante é eu voltar pra casa melhor. Eu não quero voltar pra casa do mesmo jeito. E nem pior. Tem que voltar melhor. Se for preciso eu passo aqui até dois meses, três. Eu num tô nem... Tô tranquila. Tem que cuidar da minha saúde e eu tenho um bebê em casa esperando por mim, né? Entendeu? Um bebê de um ano e seis meses. (...) Eu acho assim, eu tô me sentindo mais adulta, mais responsável. Tá entendendo? E eu pensar assim, que eu sou mãe e tenho um filho pra criar. Eu não me desespero, eu tô em casa eu não baixo a cabeça, não. Eu tô sempre cuidando dele. Eu adoro, por mim o dia em casa é normal. Tranquilo. Eu não boto na minha cabeça: ‘Meu Deus, o que tá acontecendo comigo?’. Nada, eu tenho um filho pra

criar. Eu só penso em ser forte pra eles. (...) Tem. Por exemplo, eu tô lutando pela minha vida e pelo meu filho. Mas aí tem gente que fala assim: ‘Maria, tu tem que pensar em tu!’ Mas eu não penso em mim, eu tenho que pensar nele. Eu luto pela minha vida por ele. Se não fosse ele eu acho que não sei. Só Deus, mas acho que se não fosse Miguel, eu não... Tá entendendo? Mas hoje o que eu passo é pensando nele. É em Miguel. Por isso que eu me sinto uma pessoa forte, tranquila. Eu não choro, não fico nervosa, não reclamo na vida. Eu tinha que pensar só no que vai acontecer pra eu ficar melhor porque eu penso em Miguel. (...) Em Miguel. Adoro ele, ele é tudo, é a razão de eu viver, né? Eu lutei, passei por tudo isso porque ele tava na minha barriga. E ele nasceu e, graças a Deus, até hoje, ele tem toda saúde do mundo. Toda saúde ele tem. (...) Essa história minha que eu tô contando agora pra você, isso eu falo pra todo mundo. Essa mesma história. Quando o médico chegou pra mim quando eu fiz a biópsia com três meses de gravidez aí o médico chegou pra mim: ‘Maria, deu câncer. Não é melhor você interromper sua gravidez pra cuidar de você?’. Eu disse nunca, nunca. (...) A minha história é um livro aberto”.

Mais uma vez percebemos o caráter de mudança vivenciado por quem experimenta o adoecer de câncer. No caso de Maria, a experiência vai além da enfermidade que foi simultaneamente vivida com sua gestação. Percebe-se que para a participante as experiências se misturam, sendo a existência de seu filho a grande força motriz para o enfrentamento de seu adoecimento. O questionamento acerca do porquê do seu acometimento físico deixa de ser seu objetivo. A possibilidade de ser mãe se torna seu sentido existencial, permitindo o transcender de seu processo de adoecer.

Venho encontrando nas falas dos pacientes a vivificação dos valores de atitude trazidos pela teoria do fundador da Logoterapia (conhecida como psicoterapia do sentido da vida), através do adoecer como transformador, à medida que favorece o encontro de sentidos frente à imutabilidade de situações extremas, pelo qual se dá a autotranscendência. Para Frankl (1991, p.18):

A autotranscendência assinala o fato antropológico fundamental de que a existência do homem sempre se refere a alguma coisa que não ela mesma – a algo ou alguém, isto é, a um objetivo a ser alcançado ou à existência de outra pessoa que ele encontre. Na verdade, o homem só se torna homem e só é completamente ele mesmo quando fica absorvido pela dedicação a uma tarefa, quando se esquece de si mesmo no serviço a uma causa, ou no amor a uma outra pessoa. É como o olho, que só pode cumprir sua função de ver o mundo enquanto não vê a si próprio.

3.3.5 Buscando forças: religiosidade e espiritualidade

“A melhor maneira de definir Deus é como o interlocutor de nosso diálogo mais íntimo”
(Frankl, 1978, p.258).

De acordo com Ramos (2006), o homem moderno recorre aos deuses no momento da dor em busca do significado de seu sofrimento. Por mais evoluída que esteja a sociedade, com seus recursos da era da informática, o mistério da vida e da morte permanece. Razão e fé, conceitos científicos e religiosos misturam-se no homem moderno que busca seu sentido e determinam sua atitude diante da saúde e da doença.

A temática da religiosidade/espiritualidade veio para este trabalho pelo fato de ter-se feito presente em todas as falas dos seis participantes dessa pesquisa. Sendo um tema cativante para vários pesquisadores, ele traz perspectivas diferentes ao longo da história da humanidade.

Como explica Batthyany (2013), Frankl percebia o homem não somente em seu aspecto psíquico, mas também em sua espiritualidade. Sua posição divergia de outras teorias psicológicas da época que compreendiam a religião como mais um processo psíquico. O nobre psiquiatra, no entanto, acreditava que todas as tentativas de explicar a religião e a fé, apenas pelo viés da psique interna, somente são possíveis no que se trata de seus conceitos e conteúdos.

Seguem agora as narrativas que trouxeram à tona a temática da religiosidade/espiritualidade, entre os participantes da pesquisa.

DAVID:

“Mas eu... Primeiro: eu confio muito em Deus e nos médicos. Eu sou muito devoto de Santo Antônio, eu já consegui vários milagres com Santo Antônio. Eu confio muito nele. (...) Levantar a cabeça. Eu confio muito em Santo Antônio. Eu fiz um santuário dele”.

David traz em sua narrativa a vivência de religiosidade de modo atuante em seu lidar com o adoecer – experiência esta que lhe traz confiança em seu processo de recuperação, permitindo a postura também ativa do participante. “É importante mencionar que a espiritualidade/religiosidade, como parte integrante da vida das pessoas, está presente também no curso da doença” (Liberato & Macieira, 2008, p.428).

JOSÉ:

“Peço a Deus agora que, Deus permita que corra tudo bem, tá entendendo? É seguir a vida pra frente. (...) De vez em quando, eu penso, tá entendendo (pensamentos negativos)? Mas depois eu peço a Deus que, que, deixe que leve, tá entendendo? Pretendo, pretendo, que, através que Deus me ajude e eu fique bom, tá entendendo? Falou que, que vai seguir a minha batalha. Vai chegar o dia de, de ir mesmo porque vai todo mundo, não tem bom, não é? Aí pronto! (...) Vamos pedir a Deus que dê negativo pra cirurgia ser menor. (...) Mas graças a Deus tá, tá, tá mais melhor. (...) Seja o que Deus quiser. Eu vou fazer o quê? (...) Eu creio que eu vá ficar bom. Eu tenho fé em Deus que vá ficar bom. Que eu vá ficar bom. (...) Peço a Deus que eu vá, faça (cirurgia) e me dê a volta, tá entendendo? (...) Eu estou aqui com fé em Jesus Cristo”.

Na narrativa de José, mais uma vez encontramos a presença marcante da religiosidade/espiritualidade. Apesar de, em determinado momento, o participante afirmar que os acontecimentos dependem da vontade de Deus, o mesmo demonstra expectativa de que sua recuperação seja concedida. “Quando as pessoas estão doentes, muitas confiam na espiritualidade e nas crenças religiosas para que possam preservar o senso de controle, manter a esperança e o sentido de significado e propósito de vida” (Liberato & Macieira, 2008, p.428).

ROBERTO:

“Melhorar se Deus quiser, não quero dar trabalho para os outros, eu posso até morrer, mas tenho esperança de ficar bom, eu tenho fé em Deus. (...) Se Deus quiser (irá para casa)”.

Roberto reconhece a impossibilidade de definir o futuro dos acontecimentos, entre eles, sua ideia de recuperação. No entanto, o participante mantém o uso de sua fé como refúgio, nutrindo sua expectativa de melhora. Além do desejo de cura, Roberto busca sua melhora por

não querer manter dependência em relação aos cuidados recebidos. Sua espiritualidade surge para minimizar também este temor.

Na próxima narrativa, encontramos outro modo de vivenciar a espiritualidade onde esta serve como base para algo que permite o ultrapassar do puro fato do adoecer em si e seus desdobramentos, alcançando dimensão ainda mais profunda referente ao ser.

ELIZABETH:

“Eu não sou uma pessoa fanaticamente religiosa, mas eu tenho... Sou cristã, eu tenho uma crença muito forte em uma energia superior que nos rege e eu optei por acreditar nisso aí e apostar na vida, tenho vontade de viver e que valeria a pena lutar e fazer tudo que fosse preciso. (...) Eu acho que quando você tá com a mente voltada pra dar certo eu acho que o universo inteiro vai conspirando a seu favor. Eu acho que as coisas vão acontecendo. (...) Eu vejo assim, eu vejo o ser humano como sendo um grande todo com duas partes importantes que é a parte material, a física e uma essência que alguns chamam de espírito, alguns de alma e eu acho que eu me preparei primeiro espiritualmente pra encarar o problema e aí tudo tá fluindo da forma como eu esperei que fosse, de uma forma muito tranquila. (...) Então eu optei por preparar o meu espírito pra cura. Eu não deixei brecha pra duvidar de que eu não seria curada e aí a cura espiritual acabou se dando junto com a material, hoje eu já me vejo como uma pessoa que tem um sucesso embora os médicos ainda não tenham reavaliado, feito novos exames, mas eu me sinto fisicamente muito bem e eu acho que o espírito abriu esse espaço. (...) Eu acho que é fé na vida, é fé no homem. É fé numa força superior que nos motiva, que nos conduz... E é nessa força que eu creio. Sem dogmas. Não sou uma pessoa com direcionamento religioso, não. Uma pessoa que acredita que acima de mim, além de mim, existe uma força que está disposta a me ajudar, se eu quiser”.

Elizabeth traz em sua narrativa a presença forte de sua espiritualidade, que se desvela como recurso importante de enfrentamento no que se refere ao seu adoecimento. Ao buscar fora e, simultaneamente, dentro de si o seu fortalecimento, a participante se vê em busca não só de uma cura física, mas também de uma cura espiritual. Percebe-se que apesar dos possíveis sintomas físicos decorrentes da patologia e sua gravidade, Elizabeth se sente bem e se responsabiliza por tal bem estar a partir de seu movimento de conexão

entre seu corpo e seu espírito. O próprio corpo é também a própria perspectiva sobre o mundo, o mediador entre a consciência e o mundo. Todo ato físico terá um sentido interior (Merleau-Ponty, 1999).

Após ocasião de entrevista, recebi um email da participante, que resolveu se colocar de modo mais congruente com o seu sentir, acreditando que tivesse faltado algo mais profundo e verdadeiro para si, em sua narrativa. Segue sua fala:

“Não sei se ainda lembra de mim. Você me entrevistou no IMIP. Lembra? Elizabeth. Pois é, acho que esqueci da parte mais importante e queria muito que você tivesse como anexar o que vou te deixar por escrito agora. Sabe, aquela energia universal que falei para você que me regia; acho que omiti o nome verdadeiro dela. Não enfatizei; desde então penso em te escrever. Lembro de ter te falado que não sou piegas, mas sou essencialmente 100% DEUS. Sou ecumênica, sim, mas adoro a um Deus único, infinitamente poderoso, maravilhoso, que tenho a cada dia mais certeza: É quem está me dando bom ânimo e me levará a vitória e me deixa em uma zona de conforto muito grande, onde me descubro abençoada e grata pela oportunidade de estar vivendo esse momento. Um beijo grande. Espero de coração que você possa anexar de alguma forma este relato. É um pedido de grande importância para mim, para o seu trabalho, tenho certeza e para quem tiver acesso a este material. DEUS, princípio básico de tudo e de todos. Se possível, aguardo resposta”.

Quando há contato com um sentido existencial de cada um, com uma verdadeira atitude religiosa para com a vida; o prognóstico melhora sensivelmente. A atitude religiosa implica a descoberta do religio que a própria doença pode, em muitos casos produzir, em vez da atitude oposta: ódio e revolta. No primeiro caso, observa-se um tremendo e rápido desenvolvimento psicológico, sensibilidade e capacidade de amar e doação; no outro, sentimentos opostos narcisistas de auto-destruição (Boechat, 2004, p.11).

Sendo assim, respondi ao email da participante:

“Olá, Elizabeth! Claro que lembro de você!”

“Fiquei muito feliz em receber teu email. Agradeço muito pelo teu interesse e confiança em me comunicar a sua verdade. Sua fala foi extremamente importante para a psicóloga, estudante de mestrado e, principalmente, para a pessoa Aline. Como lhe disse naquela ocasião, foi por ter conhecido pessoas com o teu tipo de entrega à experiência que me

encantei pela oncologia e resolvi pesquisar sobre a compreensão do adoecer pela perspectiva de pessoas com câncer. Percebo que a sua jornada tem sido muito rica e desejo que cada vez mais você encontre sentidos para tudo que tem vivido. Farei questão de acrescentar este seu relato e sei que a sua vivência de espiritualidade, representada por este Deus único, trará ainda mais força para tudo que você já trouxe na ocasião do nosso encontro”.

“Mais uma vez, obrigada por ter aceitado o convite para a entrevista e; além disso, o convite feito pela vida”.

Eu diria que o sentido último – ou como prefiro chamar, o ‘suprassentido’ – não diz respeito a uma questão de conhecimento intelectual, mas de fé. Não conseguimos relacionar-nos com esse suprassentido em solo puramente racional, mas, apenas, em solo existencial, através do todo do nosso ser, isto é por meio da fé (Frankl, 2011b, p.181).

O complemento de narrativa solicitado por Elizabeth ilustra o conceito de suprassentido utilizado por Frankl. Sem saber definir sua experiência apenas pelo intelecto, a participante procura transmitir, tanto quanto possível, aquilo que tem tido como experiência através do seu ser.

Para Socorro, a vivência de religiosidade/espiritualidade se deu numa outra instância como se percebe, a seguir.

SOCORRO:

“Doutora, passou tanta coisa... Passou que eu ía morrer, já deu vontade de eu me matar... Só agora que eu aceitei Jesus é que eu tô mais... Mais calma. (...) Mas eu tenho fé em Deus que dessa eu vou sair. (...) Todo dia eu peço isso a Deus: ‘Meu Deus, deixa eu ficar boa pra eu não ta dependendo de ninguém. É muito ruim mesmo a gente ficar dependendo dos outros. (...) Trabalhar servindo a Jesus... Era isso que eu queria. (...) Sou crente. (...) Não era (antes de adoecer). (...) Ajuda. Ajuda muito, a religião. Tem vez que eu tô muito aperrada, aí chamo por Jesus. Choro tudinho, chamo por ele e aí passa aquelas coisas ruim. Aí eu acho que Jesus vem e tira tudo. (...) Ele já me curou uma vez e ele vai me curar de novo. (choro) (...) Aí eu fico perguntando (por que isso aconteceu comigo). Mas agora que eu aceitei Jesus aí parei mais de perguntar por que era que eu tava vivendo desse jeito... Mas eu vou ficar boa, doutora. Em nome de Jesus. (...) Aí eu vou fazer

exames hoje porque a doutora disse que amanhã ia fazer meus exames aí eu voltava pra casa. Se Deus quiser. (...) Vou fazer meus tratamentos tudinho porque eu tenho fé em Deus que eu vou ficar boa. (...) Eu peço a Deus porque eu não queria agora. Queria que Deus não me levasse agora não, só quando minha neta crescesse mais. (...) Tô enfrentando tudo. E Jesus em primeiro lugar que vai me curar, né? Ele já me curou, né? Já me curou já de um, vai me curar desse também”.

Socorro, diante de sua angústia, recorre à religiosidade, que exerce papel fundamental para o seu suporte emocional. Frente ao medo e tristeza revelados em sua narrativa, a participante almeja um bálsamo a partir de sua crença, que foi buscada durante sua vivência de crise. Em momentos anteriores de sua fala, percebe-se uma indagação acerca da causa de seu adoecimento. Ao verbalizar sobre sua fé, Socorro muda seu posicionamento afirmando que deixou de perguntar o porquê de sua enfermidade, mas demonstra a permanência de um temor que ainda se mostra mais imponente que sua experiência religiosa.

Aferrar-se a prescrições religiosas é na verdade o contrário da religio [...] O que parece uma impressionante vida religiosa para o exterior, evidentemente pode ser oco no íntimo [...] Na maioria das vezes, trata-se de resignação em relação a um destino sentido como superior, mas que não se aceita. No mais profundo íntimo, a base da entrega não é confiança na criação de Deus, mas sim o desespero e a impotência. Em vez de entregar-se à vida e às suas possibilidades, os pacientes potenciais de câncer estão entregues a seus cuidados e considerações a curto prazo e a um medo fundamental da existência (Dahlke, 2007, p. 73).

MARIA:

“Radioterapia e quimioterapia não dá a cura. Só que eu, eu me sinto curada. Deus vai me curar. (...) Deus vai botar a mão na minha cabeça e vai sumir com tudo! (...) Já tô na cabeça, eu tenho fé, muita fé em Nossa Senhora Aparecida. Eu tenho muita fé. Fé em Deus que eu não vou perder meu olho. (...) Eu fiquei tranquila, graças a Deus. Eu tenho fé em Deus porque falta mais seis rádios e eu vou ver muita diferença. (...) Mas eu tenho muita fé em Deus e de que nada vai acontecer com ele (com seu filho). (...) Eu tenho fé em Deus que vai passar. (...) Ele nasceu bem, graças a Deus (o filho). (...) Eu disse graças a Deus, eu tenho muita fé em Deus, Deus tá vendo o esforço que eu tô tendo. (...) Tenho muita fé em Deus, tenho certeza que Miguel não vai precisar (de tratamento). (...) Até hoje, graças a Deus, ele tá com um ano e seis meses e toda saúde do mundo. (...) Continua, até quando

Deus quiser (a vida). Se vai ser daqui a dois, três anos; ou 20, 30, 40, vai depender de Deus. (...) Aceito também o tempo que for preciso (tempo de vida). Um ano, dois; dois, três meses, quatro, 40, 50... Vai depender dEle, né? E o médico já me disse. ‘Você sabe que essa doença sua não tem cura, pra medicina, até hoje, não existe a cura, mas tem porque não é médico que vai curar, né? É Deus. (...) É uma promessa que eu fiz (o porquê do nome do filho). José significa Deus e Miguel pra mim é o nome de um anjo protetor. Algo com muita força porque eu tinha vontade de que Miguel nascesse com saúde, perfeito. Aí eu resolvi dar esse nome. (...) Eu nunca fico triste, tenho fé em Deus que vou ficar boa. Nem que não cure, mas pelo menos combate pra eu viver muitos anos e anos. (...) Ir na missa que eu adoro a igreja. Adoro a igreja, adoro mesmo a bíblia. (...) Sou católica. (...) Muito, muito, adoro, adoro, adoro ir à igreja. Sempre que eu tenho um tempinho eu passo na igreja, cinco minutinhos. (...) É só pra ter força, né? Pedir mais força. Pra ver se vence, porque quem tem cura é Deus. Não é verdade? Às vezes o médico diz: ‘Você só tem, por exemplo, você só tem seis meses de vida’. Mas só que não são Deus, né? Deus, quando passa a mão, ele cura. (...) Aí eu fiquei tão tranquila, disse assim – Meu Deus, obrigada Jesus. (...) Olha minha gravidez, foi de alto risco e corria o risco dele até não sobreviver, só que eu tenho muita fé em Deus e eu venci’. E essa história eu conto pra todo mundo”.

De acordo com Caldas & Calheiros (2012, p.93) *apud* Aquino (2012, p.207), a experiência de Viktor Frankl como prisioneiro de campos de concentração serviria, assim, para comprovar que o ser humano é portador – além das dimensões física e psíquica –, de uma dimensão mais abrangente que pode dotá-lo de uma surpreendente força de resistência.

Apesar dos desafios encontrados pelo adoecer de câncer vivenciado, paralelamente, com sua gestação, Maria também traz discurso de fé que lhe sustenta durante a experiência de adoecimento. Diante dos limites da medicina, a participante deposita sua confiança na espiritualidade. Mesmo clamando por cura, ela reconhece a imprevisibilidade do tempo de vida que lhe pertencerá. No caso de Maria, sua crença funciona como barreira para o surgimento de sentimentos de tristeza ou desânimo, proporcionando fortalecimento emocional e psíquico.

Como se percebe, várias foram as formas de encontro entre o paciente, a doença e sua espiritualidade. Todas elas, porém, trazem a esperança de que o homem não sucumba frente a este grande desafio: o adoecer com câncer.

“As pessoas mais felizes não tem as melhores coisas. Elas sabem fazer o melhor das oportunidades que aparecem em seus caminhos”.

(Clarice Lispector)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Em última análise, precisamos amar para não adoecer”.

(Sigmund Freud)

Como citamos no início desta apresentação, existe um lugar onde não cabem apenas as palavras quando se trata do trabalho com o humano, principalmente quando esse se vê em sua forma mais simples, autêntica, onde a verdade de cada um aparece como Sol que não se pode ofuscar. A sinceridade na dor nos faz perceber que também somos afetados em nosso próprio existir e que, desta forma, experienciamos um encontro de sentidos. “Quem não sentiu que consolar alguém serve de consolo a si mesmo?” (Frankl, 1978, p.239).

Poder realizar este trabalho trouxe a mim oportunidades constantes de autoconhecimento e transcendência, algo que me permitiu perceber o quanto o pesquisador está imbricado em sua questão de pesquisa que lhe traz sentido. Mesmo ciente do desafio, resolvi mergulhar, como propõe Clarice Lispector: *“Renda-se, como eu me rendi. Mergulhe no que você não conhece como eu mergulhei. Não se preocupe em entender, viver ultrapassa qualquer entendimento”*.

Tenho a intenção de que este material reverbere nos lugares de cuidado para que as vozes aqui presentes sirvam de sentido para outros e ecoem nas consciências daqueles que são responsáveis pelo cuidar.

Por esta razão, trago aqui trechos da narrativa de uma sétima entrevistada que se mostrou bastante disponível para se colocar, mas que não fez parte do corpo da pesquisa

por não ter tido seu diagnóstico fechado, na ocasião. Sua fala se refere à sua forma de perceber as ações desenvolvidas por profissionais de hospitais (inclusive aqueles que não são da saúde, mas atuam neste ambiente) no que se trata da questão de humanização, tão pregada atualmente no contexto hospitalar. Apesar do discurso dos seis participantes anteriores ter sido extremamente positivo quanto à hospitalização, Catarina (nome fictício), que é policial militar, alcança nuances que, às vezes, passam despercebidamente pelos demais.

“Eu tão ativa, tão cuidadora, agora sendo cuidada. Esse câncer que está em mim (suposto) ele veio para mudar muito a minha vida, mas também a vida de muita gente que está ao meu lado, para refletir alguma coisas, valores. Eu durmo num horário que eu não quero dormir, é o horário que elas apagam as luzes, e acordo no horário que mandam, que nem sempre quero, pois é claro que elas tem que dar os remédios para todas as pacientes, fora a noite super agitada, então assim, estou um caco, estou com essa cara assim, mas é de sono, eu não estou doente, às vezes fico pensando se o hospital fosse um pouquinho mais humanizado talvez trouxesse um pouquinho mais de qualidade de vida para o paciente. Às vezes, fico pensando na comida, eu sinto a falta do carinho. Meu trabalho eu desenvolvo com aquele carinho. Às vezes, eu acho que tem gente que não gosta do que faz, e faz apenas pelo salário e isso é muito ruim, porque isso reflete no outro, sabe; quando eu faço uma coisa que eu não gosto reflete no outro, é lógico que reflete, principalmente em você. A pessoa já chega com raiva e eu vejo isso nas pessoas, vejo isso na comida, no corte da comida, é impressionante. Assim, são coisas bobas que eu acho que poderia haver um projeto em cima disso, não vai gastar mais nada, eu não tô pedindo para comprar creme de leite, mas que o corte seja feito com carinho. O furo que dão na minha mão, tem o furo com carinho, dói que só, mas eu sei que está ali com zelo, com carinho, você percebe, o fato de você cortar um esparadrapo... Nossa, isso eu tenho visto muito e isso pesa. É aí que eu vejo muita gente se entregando, por isso, não aguenta mais, eu mesmo não tô aguentando mais não. Tem hora que eu tô para baixo mesmo, não tô suportando mais, essa cama, esse banheiro, não tô suportando mais nada. E é pesado, porque eu vejo aquela mulher assim e ela podia estar mais feliz, tá triste, eu fico achando, eu cá comigo, que é o ambiente, você no meio da noite acende a luz na cara do outro. Eu acho uma falta de respeito. Aí você diz: sim, mas ela esta trabalhando. Eu sei, mas se houvesse interruptores individuais ia ser tão bom. É uma bobagem, mas é um que acende o lado inteiro, aí cadê o respeito comigo, que tô ali dormindo, isso é tão ruim! Eu vejo quando o serviço está mal feito, a pessoa não tem nenhum carinho naquilo que está fazendo, isso é ruim, ruim para ela, ruim para os colegas dela que tão ali, no caso do hospital especificamente falando é ruim para o doente, você se sente mais mal do que já está, e eu acho que não devia ser assim, entendeu? Se eu pudesse falar com alguém que pudesse mudar isso eu falaria porque eu acho importante. Às vezes as pessoas falam assim: mas não, deixe isso pra lá, tu só vai passar 90 dias aqui... Mas é minha vida! Cadê o respeito? Tem hora que é gritante, eu olho assim e fico desesperada, quando eu

vejo que tem uns que não estão nem sabendo que estão sendo desrespeitados, mas estão se entregando para não ter que vir mais aqui. Estar junto envolve a todos, envolve todo mundo. A copa, que não está aqui dentro do quarto, mas estar aqui no hospital, envolve a técnica que está ali furando, mas o furar pode ser menos danoso. Às vezes eu fico achando que muita gente podia ser salva só se tivesse um pouquinho de respeito pelas pessoas. Pelo menos para terminar a vida com um pouco mais de carinho”.

Ciente de que não nos falta humanizar, pois já somos humanos, acredito que temos agora a função de resgatar a capacidade de nos olharmos, em profundidade, pela simplicidade. Estando com câncer ou qualquer outra patologia, sendo psicólogo ou qualquer outro profissional, que ao tocar uma alma humana, sejamos apenas outra alma humana, como sugere Jung.

"Quem me dera, ao menos uma vez, que o mais simples fosse visto como o mais importante...". (Renato Russo)

REFERÊNCIAS

- Angerami-Camon, V. A. [org.] (2004). *O doente, a psicologia e o hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Aquino, T. A. A. (2012) Análise da narrativa de Viktor Frankl acerca da experiência dos prisioneiros nos campos de concentração. *Revista de Abordagem Gestáltica* – XVIII (2): 206 - 215, jul-dez.
- Augras, M. (1996). *O ser da compreensão – Fenomenologia da situação de psicodiagnóstico*. Petrópolis - R.J: Vozes.
- Batthyany, A. (2013). A busca de Deus e questionamentos sobre o sentido – Sobre este livro. Em: A busca de Deus e questionamentos sobre o sentido. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Benjamin, W. (1994). *O narrador: Considerações sobre a obra de Nikolai Laskov*. Em: *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura – Obras escolhidas, v.1*. São Paulo: Brasiliense.
- Berlinck, M. T. (1998). O que é psicopatologia fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n.3, p. 46-59.
- Berlinck, M. T. (2008). *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta.
- Bilotta, F. A. & Amorim, S. (org.) (2012). *A psicologia junguiana entra no hospital: Diálogos entre corpo e psique*. São Paulo: Vetor.
- Birman, J. (2000). *Entre cuidado e saber de si*. Rio de Janeiro: RelumeDumará.
- Boechat, W. (2004). *O corpo psicóide, a crise de paradigma e o problema da relação corpo- mente*. 167f. Tese (Doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro.
- Boss, M. (1981). *Angústia, culpa e libertação: Ensaio de psicanálise existencial*. São Paulo: Livraria Duas Cidades.
- Caldas, M. T. & Calheiros, M. E. (2012). O homem humanus à luz da verdade do ser e do sentido da vida: O pensamento de Martin Heidegger e de Viktor Frankl acerca da humanitas. *Revista Logos e Existência*, 1, 88-99.
- Campos, T. C. P. (1995). *Psicologia Hospitalar: A atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.
- Capalbo, C. (2003). *Corpo e existência na filosofia de Maurice Merleau-Ponty*. Em: *Corpo e existência*. Castro, D. S. P. et al. São Bernardo do Campo: UMESP – FENPEC.

- Capra, F. (2012). *O ponto de mutação: A ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix.
- Castro, D. S. P. et al (2002). *Existência e saúde*. São Bernardo do Campo: UMESP.
- Ceccarelli, P. R. (2000). Sexualidade e preconceito. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. III, n. 3, p.18-37.
- Ceccarelli, P. R.(2003). A contribuição da psicopatologia fundamental para a saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, ano VI, n.1, p.13-25.
- Comte-Sponville, A. (1997). *Bom dia, angústia!* São Paulo: Martins Fontes.
- Corrêa, A. K. &Valle, E. R. M. (2002). *A pesquisa fenomenológica em saúde: Uma possibilidade de compreensão da existência humana*. Em: *Existência e Saúde*. Castro, D. S. P. (org.); et al. São Bernardo do Campo: UMESP.
- Critelli, D. M. (2007). *Analítica do sentido: Uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. 2. Ed. São Paulo: Brasiliense.
- Critelli, D. M. (2012). *História pessoal e sentido da vida: Historiobiografia*. São Paulo: EDUC: FAPESP.
- Dahle, R. (2007). *A doença como linguagem da alma: os sintomas como oportunidade de desenvolvimento*. São Paulo: Cultrix.
- Dethlefsen, T.&Dahlke, R. (2010). *A Doença como caminho*. 13ª. Ed.São Paulo: Cultrix.
- Dubos, R. (1980). *Man adapting*. New Haven: Yale University Press.
- Foucault, M. (1975). *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Frankl, V. E. (1978). *Fundamentos antropológicos da psicoterapia*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Frankl, V. E. (1991). *Psicoterapia para todos*. (2ª Ed). Petrópolis: Vozes.
- Frankl, V. E. (2005). *Um sentido para a vida: Psicoterapia e humanismo*. Aparecida – SP: Idéias& Letras.
- Frankl, V. E. (2009). *A presença ignorada de Deus*. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes.
- Frankl, V. E. (2011a). *Em busca de sentido*.30ª. Ed.Petrópolis: Vozes.
- Frankl, V. E. (2011b). *A vontade de sentido*. São Paulo: Paulus.
- Frankl, V. E. (2012) *Logoterapia e Análise Existencial*. Rio de Janeiro: Editora Forense.

- Freitas, M. H., Araújo, R. C., Franca, F. S. L., Pereira, O. P., & Martins, F. (2012). Ossentidos do sentido: uma leitura fenomenológica. *Revista de Abordagem Gestáltica* – XVIII (2): 144-154, jul-dez.
- Gadamer, H. G. (2011) *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Giacóia Jr., O. (2013) *Heidegger urgente: Introdução a um novo pensar*. São Paulo: Três estrelas.
- Giannotti, A. (1996) *Efeitos psicológicos das cardiopatias congênitas*. São Paulo: Lemos
- Giorgi, A., & Souza, D. (2010) *Método Fenomenológico de Investigação e Psicologia*. Lisboa: Fim de século.
- Groddeck, G. (1992). The book of the It. Nova York: Vintage Books Em: Ramos, D. G. *A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença* (p.68). São Paulo: Summus, 2006.
- Jung, C. G. Seminários sobre: “Assim falou Zaratustra”. Clube Psicológico de Zurique (Tradução de P. Sandor para uso em grupos de estudos – Texto apostilado) 1934/1939 Em: Zimmermann, E. (Org.) *Corpo e individuação* (p.11). Petrópolis, RJ: Vozes, 2009, p.11.
- Kovács, M. J. (2002). *Bioética e câncer*. Coletânea do VII congresso brasileiro de Psico-oncologia. Olinda, PE: Ed. Livro Pleno.
- Kovács, M. J. (2003). *Educação para a morte: Temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo: Fapesp.
- Kübler-Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Landskron, L. M. F. (2008). *Psicooncologia: as descobertas sobre o câncer ao longo da história*. Em: Hart, C. F. M. *Câncer: uma abordagem psicológica*. Porto Alegre, RS: AGE.
- Lawn, C. (2007). *Compreender Gadamer*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Leal, V. M. S. (1993). Variáveis psicológicas influenciando o risco e o prognóstico do câncer: um panorama atual. *Revista brasileira de cancerologia*, Rio de Janeiro, v.39.
- Liberato, R. P. (2008). *Psiconeuroimunologia*. Em: Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus.
- Liberato, R. P. & Macieira, R. C. (2008). *Espiritualidade no enfrentamento do câncer*. Em: Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus.
- Lipton, B. H. (2007). *A biologia da crença – Ciência e espiritualidade na mesma sintonia: o poder da consciência sobre a matéria e os milagres*. São Paulo: Butterfly Editora.

- Macieira, R. C. (2009). Enfrentamento do câncer e espiritualidade. Em: Santos, F. S. A *arte de morrer – visões plurais* v. 2, Bragança Paulista, SP: Editora Comenius.
- Martins, F. (1999). O que é Pathos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. II, n. 4, p. 62-80.
- Martins, J. & Bicudo, M. A. (1994). *A pesquisa qualitativa em psicologia*. São Paulo: Editora Moraes.
- Meazzi, R. (2008). Logoterapia. Em: Câncer: uma abordagem psicológica. Porto Alegre, RS: AGE.
- Mercer, V. R. (2011). Silêncio... hospital – Hospital: silêncio. In: Hospital, saúde e subjetividade. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
- Minayo, M. C. (org.). (2007). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis – RJ: Vozes.
- Morin, E. (1996). *O Pensamento Complexo*. Rio de Janeiro: Reneo.
- Morin, E. (2005). *Ciência com Consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Neme, C. M. B. (2010). *Psico-Oncologia – Caminhos e perspectivas*. São Paulo: Summus.
- Neto, S. B. C. & Araujo, T. C. C. F. (2008). *Qualidade de vida do enfermo oncológico: Um panorama sobre o campo e suas formas de avaliação*. Em: Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus.
- Nietzsche, F. (2008). *Humano, demasiado humano II*. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras.
- Organização Mundial da Saúde, (2012). *Dados sobre câncer*. Recuperado em 25 de Setembro, 2013, de <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
- Palmeira, G. A. (1997). Psique e câncer. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 46.
- Pelizzoli, M. L. (org.). (2013). *Novas visões em saúde: em direção às práticas integrativas*. Recife: Libertas: Ed. Universitária da UFPE.
- Pereira, I. S. (2007). A vontade de sentido na obra de Viktor Frankl. *Revista de Psicologia da USP*. 18(1), 125 – 136.
- Perestrello, D. (1982). *Medicina Psicossomática*. Rio de Janeiro: Bersoi. Em: Campos, T. C. P. (1995). *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. (p.48) São Paulo: EPU.

- Quintas, J. (2013). *Nos corredores de um hospital: a experiência de ser psicóloga numa instituição pública de saúde*. Recife: Ed. do Autor.
- Ramos, D. G. (2006). *A psique do corpo: A dimensão simbólica da doença*. 4ª. ed. São Paulo: Summus, 2006.
- Ribeiro, M. A.& Freitas, M. H. (org.); Morais, N. A.& Koller, S. H. (2006). Uma abordagem de saúde para o desenvolvimento humano. Em: *Psicopatologia, processos de adoecimento e promoção de saúde*. 2.ed. Brasília: Universa.
- Searle, J.R. (1997). *A redescoberta da mente*. São Paulo: Martins Fontes.
- Sá, A. C. (2012). *Câncer e vida: Um corajoso relato sobre superação do câncer*. São Paulo, SP: Lachâtre.
- Silva, L. C. (2009). *O cuidado na vivência do doente de câncer*. Maringá: Eduem.
- Souza, J. Q. S., & Morato, H. T. P. (2009). Vividação e situação-limite: a experiência entre o viver e o morrer no cotidiano do hospital. Em: *Aconselhamento Psicológico numa Perspectiva Fenomenológica Existencial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- Svenaesus, F. (2012). *Medicina*. Em: Fenomenologia e existencialismo. São Paulo: Edições Loyola.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Veit, M. T. & Barros, L. H. C. (2008). Intervenções em psico-oncologia em instituições. Em: *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus.
- Veit, M. T. & Carvalho, V. A. (2008). *Psico-oncologia: Definições e área de atuação*. In: *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus.
- Wanderbroocke, A.C.N.S. (2011). Representações sociais de um hospital oncológico. Em: *Hospital, saúde e subjetividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Zeferino, J. B. R. (2007). O phátos trágico: Na tragédia grega, na filosofia de Nietzsche e na psicanálise de Freud. Miniconferência apresentada na Mesa-redonda sobre “O trágico e a psicanálise” realizada no *Primeiro Encontro Nacional de Filosofia sem Fronteiras*. Programa de Pós-graduação do Departamento de Filosofia da Universidade Federal de Pernambuco.

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **A COMPREENSÃO DA EXPERIÊNCIA DO ADOECER PELA PERSPECTIVA DE PESSOAS COM CÂNCER HOSPITALIZADAS: UM OLHAR FENOMENOLÓGICO EXISTENCIAL.**

Sendo selecionado (a) pelas equipes médica e psicológica da instituição por estar internado (a) para acompanhamento clínico em enfermaria de Oncologia do IMIP – Instituto de Medicina Integral Profº Fernando Figueira.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento o senhor (a) pode desistir de participar e retirar o seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a equipe de saúde que o acompanha ou com a instituição em que está sendo assistido.

O objetivo da pesquisa é compreender a experiência do adoecer a partir do relato de pessoas que estejam internadas em uma enfermaria de oncologia. Sua participação consistirá em narrar sua experiência de vida desde a ocasião do recebimento do diagnóstico até o presente momento.

O registro da entrevista será feito através de áudio (gravação de voz) com tempo estimado de 90 (noventa) minutos sendo utilizadas salas adequadamente vedadas e isoladas quanto a vazamento de som, localizadas no hospital (IMIP) onde está sendo realizado o tratamento. Os resultados serão apresentados de maneira que não seja possível identificar os participantes visando preservar o sigilo necessário.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais. Seu nome será substituído por nome fictício e não constará em nenhum prontuário ou documento, de modo a assegurar total sigilo sobre sua participação. Os dados serão protegidos em arquivo de acesso exclusivo da pesquisadora, pelo prazo de 05 (cinco) anos, e, posteriormente, serão destruídos. Durante este período os dados colhidos serão utilizados para a publicação textos científicos que contribuam para a prática clínica, levando em consideração a

experiência de cada ser. Também servirá para a produção de material que contribua com as políticas públicas referentes à saúde mental.

O senhor (a) poderá interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, se assim o desejar ou se houver incômodo, desconforto, cansaço, constrangimento ou inconveniência. Mesmo que você conclua todas as fases da pesquisa, ainda assim poderá solicitar a sua exclusão dos resultados finais, sem quaisquer compromissos ou prejuízos de qualquer ordem.

Os pesquisadores reconhecem que as pessoas que se encontram enfermas e hospitalizadas podem estar em situação de fragilidade emocional sendo considerado também o eventual afetamento gerado pela ocasião da entrevista. Deste modo, estarão particularmente atentos e disponíveis para acolhimento mesmo após o término da entrevista, caso seja necessário. A equipe de Psicologia será informada imediatamente em situações que impliquem intenso sofrimento sendo possível oferecer todo o suporte emocional necessário, ao longo do seu internamento, visando minimizar qualquer dano eventual que a pesquisa possa causar. Entretanto, os benefícios relacionados à sua participação serão o de favorecer uma maior compreensão acerca do adoecer de câncer ampliando o acolhimento e assistência de pacientes que vivenciam tal experiência.

O senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal (orientador) e do pesquisador associado (mestranda) podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL (ORIENTADOR)

Nome: Marcus Túlio Caldas

Assinatura

End.: Rua José Carvalheira nº392 aptº 1402 Tamarineira Recife PE CEP: 52051-060

Tel: (81) 34279312 – 96340104

Email: marcus_tulio@uol.com.br

DADOS DA PESQUISADORA (MESTRANDA)

Nome: Aline Agostinho da Silva

Assinatura

End.:Rua Profª. Anunciada da Rocha, 116, ap. 904 – Madalena – CEP 50710-390, Recife-PE – Brasil.

Tel: (81) 9283-7911

Email: aline_psi@hotmail.com

Em caso de dúvidas/reclamações o senhor (a) poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP (segue endereço e contato abaixo):

Eu,

_____ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa **A COMPREENSÃO DA EXPERIÊNCIA DO ADOECER PELA PERSPECTIVA DE PESSOAS COM CÂNCER HOSPITALIZADAS: UM OLHAR FENOMENOLÓGICO EXISTENCIAL**, que minha participação não é obrigatória e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso me traga qualquer prejuízo e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP que funciona na PRÓ-REITORIA ACADÊMICA da UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO, localizada na RUA ALMEIDA CUNHA, 245 – SANTO AMARO – BLOCO G4 – 8º ANDAR – CEP 50050-480 RECIFE – PE – BRASIL. TELEFONE (81).2119.4376 – FAX (81)2119.4004 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: pesquisa_prac@unicap.br

Recife, _____ de _____ de _____

Participante da pesquisa